FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Madame HONNORÉ née Marie-Lucienne DEMORTREUX**

Née à Paris le 18 septembre 1875

Externe des Hôpitaux

Médailles de Bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DE L'UTÉRUS

PAR LA BIOPSIE

Président : M. LEJARS, *professeur.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
	WIDAL.
Pathologie médicale	TEISSIER.
	LEJARS.
Pathologie chirurgicale	Pierre MARIE.
Anatomie pathologique	PRENANT.
Histologie	Aug. BROCA.
Opérations et appareils	POUCHET.
Pharmacologie et matière médicale	MARFAN.
Thérapeutique	CHANTEMESSE.
Hygiène	THOINOT.
Médecine légale	LETULLE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ROGER.
Pathologie expérimentale et comparée	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
	Pierre DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
	PINARD.
Clinique d'accouchements	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY		NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur OULMONT
Médecin de l'Hôpital Beaujon
1906

Monsieur André PETIT
Médecin de l'Hôtel-Dieu
1907

Monsieur le Professeur RECLUS
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
1907

Monsieur le Docteur VILLEMIN (*In memoriam*)
1908

Monsieur le Docteur POTHERAT
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
1908-1909

Monsieur le Docteur DOLERIS
Accoucheur des Hôpitaux
1910

Monsieur le Docteur HIRTZ
Médecin de l'Hôpital Necker
1910-1911

Monsieur le Docteur SIREDEY
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
1911-1912

Monsieur le Docteur ARROU
Chirurgien de l'Hôpital de la Piété
1912-1913

Monsieur le Docteur HUDELO
Médecin de l'Hôpital Broca
1913-1914

A Messieurs les Docteurs Paul BERBEZ
et O. BEAUFUMÉ
Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MARI

A MA SŒUR

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Félix LEJARS

Professeur de pathologie chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Depuis fort longtemps déjà nous avions le désir de faire notre thèse sur un sujet de gynécologie pratique.

M. le Professeur Lejars a eu l'extrême bienveillance de nous donner l'idée de ce travail sur le diagnostic précoce du cancer de l'utérus par la biopsie.

Nous ne saurions trop l'en remercier. Il a mis à notre disposition plusieurs observations de son service et M. Rubens-Duval, son chef de laboratoire, nous a guidée dans nos recherches et en partie dans le plan de notre exposition.

Le sujet que nous proposa M. le Professeur Lejars, nous parut des plus séduisants.

Malgré les difficultés, que l'on pouvait prévoir dans son exécution, nous l'avons entrepris, avec le plus grand plaisir ; car ce travail cadrait parfaitement avec nos études antérieures.

Successivement au cours de notre externat, nous avons fréquenté le service de M. Siredey, de M. Hudelo ; chez ces deux chefs nous avons pu nous familia-

riser avec la pratique gynécologique courante, le toucher et l'examen au spéculum.

Dans maintes circonstances nous avons eu l'occasion de voir résoudre ces problèmes difficiles, que la clinique ne parvient pas toujours à trancher et dont l'histologie garde parfois le secret.

Les observations que nous rapportons en sont les preuves matérielles.

Notre intention première était de nous borner à l'étude de la biopsie dans le cancer du col. Progressivement entraînée par la recherche et la découverte d'observations intéressantes, nous avons étendu notre sujet au diagnostic du cancer du corps.

Notre thèse est donc un travail d'ensemble dans lequel nous nous efforçons de montrer quelques points spéciaux, de défendre quelques idées, qui, si elles ne sont pas tout à fait nouvelles, sont tout au moins mal connues et peu précises, dans l'esprit de beaucoup de praticiens.

Notre espoir est d'apporter une modeste contribution à la grande lutte entreprise un peu partout à l'étranger surtout contre le cancer de l'utérus.

Nous avons travaillé consciencieusement dans ce but malgré bien des difficultés rencontrées à chaque pas, et dont l'une des premières est certainement la recherche souvent longue, et souvent suivie d'échec de malades opérées et sorties de l'hôpital depuis plusieurs mois.

Un autre obstacle nous attendait, il s'agissait d'apporter à l'appui de nos observations des reproductions

de coupes histologiques avec légendes explicatives. On sait combien est souvent épineuse l'interprétation de ces préparations. Fort heureusement les chefs de laboratoire de nos maîtres, ont eu l'obligeance de nous donner eux-mêmes leurs diagnostics microscopiques détaillés.

Nous prions à ce sujet MM. Rubens-Duval, Lemaire, Ménard et Philibert d'accepter nos sincères remerciements.

Avant d'exposer le plan général de notre thèse, nous renouvelons à M. le Professeur Lejars, l'assurance de notre gratitude pour la bienveillance dont il ne s'est jamais départi.

Nous avons contracté une dette de reconnaissance envers M. Siredey et M. Jean-Louis Faure, qui ont mis à notre disposition plusieurs observations de grand intérêt, et le fruit de leur compétence bien connue en matière de cancer de l'utérus.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DE L'UTÉRUS

PAR LA BIOPSIE

EXPOSÉ GÉNÉRAL DU SUJET

Notre intention n'est pas de nous attacher à démontrer que les signes fournis par la clinique n'ont qu'une valeur secondaire et doivent être méprisés.

Ils sont, au contraire, de nature à éveiller dans l'esprit du clinicien l'idée de la nécessité du contrôle histologique. Ils donnent l'alarme, mais ils sont insuffisants à eux seuls pour faire accepter ou rejeter sans scrupule le diagnostic du cancer.

Toute hémorragie, ménorragie ou métrorragie un peu persistante chez une femme avant la ménopause. Même chez une jeune femme.

Toute métrorragie, passée la ménopause, doit être considérée comme suspecte.

Si les malades et même (il faut avoir le courage de

le dire), si tous les praticiens avaient la conviction du danger qu'il y a à attendre plus ample confirmation d'un mal caché, mais rapidement envahissant, la lutte contre le cancer aurait fait un progrès indiscutable.

Beaucoup de médecins ont le tort d'avoir l'idée préconçue et presque indestructible que le néoplasme malin de l'utérus étant une tumeur très grave et à marche rapide, est par cela même incurable.

On peut le dire sans crainte, de pareilles assertions, ne sont plus conformes avec les satistiques des chirurgiens français et allemands, avec les résultats que tous les jours les opérateurs compétents obtiennent dans nos hôpitaux.

Ecoutons M. Jean-Louis Faure : « Le cancer du col « utérin a subi dans ces dernières années des transfor- « mations profondes. Nous n'en sommes plus à nous « demander, si nous ne devons pas renoncer à le gué- « rir et si nous devons faire autre chose que de pallier « dans une certaine mesure bien souvent illusoire et « précaire, les désordres qu'il entraîne et les souffran- « ces qu'il fait endurer. »

« Nous savons que nous possédons aujourd'hui contre « lui des armes puissantes et souveraines, et les résul- « tats obtenus nous donnent le droit de concevoir tou- « tes les espérances » (*Traité de gynécologie médico-chirurgical*. MM. J.-L. Faure et A. Siredey (pages 833 et 834).

Les efforts que l'on fera pour diagnostiquer de la façon la plus précoce possible le néoplasme malin, auront par suite une importance pratique des plus évidentes,

et non comme le voudraient encore certains praticiens un simple intérêt scientifique.

C'est que depuis les travaux de Wertheim à l'étranger ; de MM. J.-L. Faure et Lecène en France la technique opératoire est perfectionnée et par suite les statistiques post-opératoires se sont considérablement améliorées.

Or le succès repose essentiellement sur la précocité du diagnostic.

La gravité du pronostic s'accroît avec une rapidité vraiment effrayante si l'on se laisse aller par une légèreté déplorable à l'expectative.

Il n'est pas exagéré d'affirmer que c'est une question de jours, qu'une semaine perdue peut être funeste à la malade.

Ce n'est pas à dire que l'on doive opérer à la légère sur de simples présomptions d'ordre moral, si l'on peut s'exprimer ainsi. Mais il faut savoir imposer aux malades d'abord un examen clinique immédiat et les pousser vivement à accepter la biopsie.

Sans biopsie, en effet, point de bon diagnostic, point de preuves absolues, à moins, bien entendu, que l'on ne se trouve en présence d'un cancer propagé au vagin ou au paramètre, ce qui n'a plus pour nous le même intérêt pratique.

A l'époque où l'on ne connaissait pas l'importance de l'examen histologique le diagnostic était singulièrement retardé, et les statistiques post-opératoires étaient faussées pour des raisons que nous allons exposer plus loin.

Il en est de même encore aujourd'hui dans la clientèle de quelques chirurgiens ou gynécologues (ils sont de plus en plus rares aujourd'hui) qui nient la valeur de la biopsie, ou qui par négligence ne la pratiquent pas systématiquement.

Sans biopsie, avons-nous dit, les statistiques post-opératoires sont faussées.

C'est qu'en effet l'examen histologique ne présente pas seulement l'intérêt de permettre d'affirmer, tout à fait au début, un cancer que la clinique laissait à peine soupçonner.

Elle a encore l'immense avantage de faire rejeter une opération inutile lorsqu'elle démontre que l'on est en présence d'une lésion bénigne et non d'un néoplasme malin. Et ces faits sont moins rares qu'on ne saurait se le figurer.

Nous en rapportons plus loin des observations indiscutables.

Les erreurs sont fréquentes avec la métrite chronique, le fibrome sous-muqueux, la tuberculose génitale.

Avant le contrôle biopsique systématique dans les cas douteux, et c'est, on peut le dire, au début de l'affection la généralité des cas, les chirurgiens se partageaient en deux camps : les opérateurs prudents, ne voulant pas faire courir le risque à la malade d'une grosse intervention peut-être inutile, s'abstenaient et attendaient une confirmation clinique plus nette.

En cas de lésions bénignes les événements leurs donnaient raison. Mais en cas de tumeurs malignes ils avaient perdu par leur inaction (en partie légitime puis-

qu'ils n'avaient aucune preuve réelle de la gravité de l'affection) toutes les chances possibles de guérisons.

Les chirurgiens hardis, au contraire, opéraient toujours, et ainsi ils rendaient certainement service aux cancéreux, mais ils faussaient singulièrement les statistiques, en y ajoutant, il n'y a pas à en douter, bien des cas étiquetés de néoplasmes malins, et qui n'étaient sans doute, que de simples métrites chroniques.

Pour résumer l'intérêt de la biopsie nous dirons qu'elle présente un triple but :

1° Elle permet un diagnostic précoce ;

2° Elle redresse quelques erreurs cliniques et fait rejeter l'opération dans des cas douteux, dont elle identifie la nature ;

3° Elle est le contrôle nécessaire de toutes les statistiques.

On peut enfin ajouter qu'elle permet de suivre les résultats post-opératoires, par l'examen d'une parcelle prélevée sur la cicatrice vaginale, si l'on soupçonne une récidive.

Ceci dit sur l'importance de la biopsie que tous les praticiens doivent actuellement considérer comme indispensable, notre premier soin sera d'indiquer les précautions que l'on pourrait prendre pour organiser, dans le public, un système efficace de « lutte contre le cancer de l'utérus ».

Nous exposerons ensuite les différentes techniques de la biopsie.

1° Dans le cancer du museau de tanche ;

2° Dans le cancer intra-cervical ;

3° Dans le cancer du corps de l'utérus.

Puis suivant en cela les données de M. Rubens-Duval nous reproduirons les méthodes de coloration.

Nous dirons les difficultés d'interprétation des coupes histologiques.

Nous rapporterons de belles observations prises dans le service de M. le Professeur Lejars, de M. le Dr A. Siredey, de M. le Dr Jean-Louis Faure, observations qui seront suivies de reproductions de coupes histologiques, d'interprétations de discussions sur les points importants qu'elles présentent.

Nous montrerons ensuite combien sont nombreuses les erreurs que l'on pourrait commettre en clinique, comment on peut les éviter, en pratiquant une ou plusieurs biopsies successives tant qu'une « arrière-pensée » peut persister.

A l'appui des ces dires, nous reproduirons des observations, très intéressantes, les unes inédites, les autres déjà publiées, de métrites, de tuberculose du col de l'utérus, prises cliniquement pour des néoplasmes malins.

Nous ajouterons quelques mots sur les affections que l'on a beaucoup plus rarement l'occasion de voir, syphilis du col, actinomycose, tumeurs rares, sarcomes en particulier.

Un chapitre de conclusions dans lequel nous grouperons les différentes idées, dont nous avons acquis la conviction profonde, terminera ce travail.

Nous nous efforcerons de faire de nos conclusions

une énumération des précautions qui doivent être prises, chaque fois que l'on veut arriver au but idéal, à la recherche duquel nous nous sommes attachés :

Un diagnostic très précoce est histologiquement indiscutable.

DE LA NÉCESSITÉ D'ORGANISER LA LUTTE SYSTÉMATIQUE CONTRE LE CANCER DE L'UTÉRUS

En Allemagne, en Autriche, en Hongrie, en Amérique, en Italie même, la lutte contre le cancer de l'utérus a été l'objet de nombreuses initiatives, et même d'une véritable organisation systématique.

Il serait à souhaiter qu'en France elle ait pris la même extension. Dans notre pays, pays de l'indifférence et du septicisme, on tend actuellement à admettre la possibilité d'améliorer par l'opération précoce, les statistiques post-opératoires.

Mais personne ne saurait prendre en main la cause du cancer, et fonder une véritable ligue destinée à dépister au début la redoutable affection.

Et cependant l'utilité d'une pareille œuvre sociale s'impose à quiconque désire connaître la fréquence de la dégénérescence maligne au niveau de la matrice.

Voici quelques chiffres qui montreront toute l'étendue du mal.

En Allemagne en 1900, Muter, sur 350 femmes atteintes de cancer de l'utérus, dans la Prusse occidentale

put en opérer 60 ; 20 seulement étaient restées sans récidives deux ans après.

Plus de 300 femmes succombèrent cette année dans la Prusse orientale par cancer de l'utérus.

En étendant ces chiffres à l'Allemagne entière, on trouverait une mortalité pour l'année 1900 de 10.000 15.000 femmes.

On ne saurait trop s'attacher à poursuivre par tous les moyens ce véritable fléau.

Quelques voix, en France, se sont élevées, isolées malheureusement.

MM. Jean-Louis Faure, Hartmann, Lecène, Siredey, tous proclament la curabilité du cancer non pas tant par les opérations larges que par les opérations précoces.

En fouillant la littérature nous retrouvons plusieurs articles dans lesquels les auteurs paraissent réclamer une organisation, une ligue véritable.

A ce point de vue, nous avons lu deux travaux particulièrement intéressants : celui du Dr Pichevin : « La lutte contre le cancer de l'utérus » (*Journal de Médecine de Paris*, 1912, page 151) et celui du professeur Rossier de Lausanne : « La lutte contre le carcinome de l'utérus » (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1905).

Le Dr Pichevin à la suite d'un voyage en Allemagne, se fit un des ardents défenseurs de la curabilité du cancer de l'utérus.

A plusieurs reprises, il tenta d'orienter les Congrès vers la fondation d'une ligue véritable contre la néoplasie maligne de la matrice.

En Allemagne, c'est à Berlin que le professeur Olshausen, à la tête de la clinique gynécologique, ébaucha un des premiers plans de la lutte contre le cancer. Secondé par son assistant Winter, il faisait déjà un enseignement spécial aux femmes pour obtenir qu'elles viennent consulter à la première perte de sang en dehors des règles normales. En éveillant de cette façon l'initiative des malades, il arriva à opérer beaucoup de cancers d'une façon précoce. En un mot il développa considérablement l'opérabilité du cancer.

Et cette question est primordiale dans les statistiques et aussi dans l'intérêt général des malades. La question n'est pas de savoir seulement qu'elle est la technique qui donne les meilleurs résultats post-opératoires.

La question est plus large. Il s'agit, en effet, de montrer combien de cancers ont pu être opérés, sur tous les cancers de l'utérus qui se présentent dans une clinique et parmi eux combien ont donné un résultat durable.

C'est précisément ce genre de statistique qui fait défaut en France.

Les statistiques post-opératoires de beaucoup de chirurgiens de notre pays valent et souvent même au delà, celles de l'étranger. Mais elles sont moins fournies. Les cas sont moins nombreux, parce que d'une façon générale, nous voyons les malades plus tard.

Et il en sera toujours ainsi tant que les femmes ne seront pas éduquées dans ce sens et averties du danger qu'elles courent, lorsqu'elles négligent, ayant des pertes hémorragiques suspectes, de consulter un gynécologue compétent.

Il suffit, dit M. Pichevin, de jeter « un coup d'œil sur les statistiques qui montrent l'opérabilité dans les différents pays, pour saisir les résultats de la lutte contre le cancer. Dans l'Italie du Sud, Spinelli n'avait anciennement qu'une opérabilité de 9,7 °/₀. En Hollande, Treub, accuse une opérabilité de 9,7 °/₀. En France pendant longtemps l'opérabilité n'était que de 15 à 10 °/₀ ».

Dans la suite Winter, nommé professeur à Kœnigsberg, continua sa méthode d'éducation, « son opérabilité passa de 21 à 53 °/₀, puis en 1893 à 65 °/₀, et plus récemment enfin, il est arrivé au chiffre prodigieux de 74 °/₀ » (Pichevin. *Journal de Médecine de Paris*, 1912, page 152).

En dehors de ce fait qu'elle a considérablement augmenté le nombre des cancers opérables, cette organisation contre le mal a amélioré d'une façon également admirable les suites opératoires.

C'est ainsi que Wertheim est arrivé au chiffre de 44,7 °/₀ de guérison à longue distance. Mais il faut bien dire que si la lutte n'est pas organisée en France, les résultats des cas que l'on peut opérer, sont tout aussi bon qu'en Allemagne.

Ceci est la preuve manifeste que si le cancer fait chez nous proportionnellement plus de victimes que chez nos voisins d'Outre-Rhin il faut en accuser les malades qui se présentent trop tard.

Mais faut-il précisément accuser les femmes qui ignorent tout de la gravité d'une simple perte sanguine anormale ou au contraire déplorer l'absence de tout enseignement à cet égard.

Sur ce point il y a certainement œuvre utile à faire.

Si l'on examine d'abord ce qui a été fait à l'étranger, on sera édifié sur l'importance que l'on attache ailleurs à cette propagande anti-cancéreuse. « Winter, dit M. Pichevin, a poursuivi la lutte intensive avec une ardeur d'apôtre et l'a continuée et développée, quand il fut nommé professeur à Kœnisgberg. D'autres gynécologistes furent gagnés à cette cause. Parmi les ouvriers de la première heure, il faut citer Swerfel de Leipzig et ses élèves qui répandirent en Allemagne les préceptes posés par Winter dans ses nombreux travaux. »

« L'ardeur de Winter ne se laissa dominer par aucune crainte, il s'adressa aux municipalités dans les villes, les villages. Il fit une propagande d'abord dans le corps médical, puis dans toutes les classes de la Société, aussi bien dans les milieux ouvriers que dans les milieux riches, par la voix de la presse, par la publication de brochures, par la multiplication de conférences. Toutes choses qui feraient sans doute reculer les plus convaincus de nos philanthropes ».

Voilà pour l'Allemagne.

En Autriche-Hongrie, depuis déjà dix années, on distribue aux femmes qui se présentent dans les cliniques privées ou publiques des brochures où il leur est recommandé de consulter immédiatement un médecin lorsqu'elles ont une perte de sang en dehors des règles, et surtout après la ménopause.

Leigneux à Genève voulut donner sa note personnelle dans cette propagande aujourd'hui presque universelle, en éduquant d'abord les sages-femmes, par

des brochures simples et en donnant aux malades des tables sur lesquelles sont imprimés des graphiques très simples leur permettant de marquer facilement la date de leurs règles.

De cette façon, toute avance ou tout retard dans l'apparition du sang ne passe pas inaperçu.

En Angleterre, Lewars a fondé une Société de sages-femmes, société destinée à distribuer aux femmes des brochures pour la lutte contre le cancer, et à en expliquer le contenu.

On peut conclure, avec M. Pichevin, que rien absolument rien de systématique n'a été encore fait en France dans ce sens.

La parole de Winter serait elle donc restée chez nous sans écho ?

Cependant, ainsi que nous l'avons déjà dit au début, quelques voix isolées se sont fait entendre dans des journaux médicaux, des congrès, mais jamais, malheureusement, le médecin n'a pu s'adresser directement aux malades, au grand public.

La seule méthode efficace pour Pichevin serait la création d'une véritable ligue. Il y a bien une Société du cancer, mais il faudrait mieux que cela, une lutte organisée par les praticiens, par les spécialistes dans tous les hôpitaux, dans toutes les cliniques, dans toute la clientèle privée et non pas quelques paroles qui se perdent sans résultats efficaces.

En France on a trop souvent le tort de mépriser le système dont on abuse peut-être au contraire trop chez nos voisins d'Outre-Rhin.

Dans l'ardeur de sa propagande M. Pichevin élève à 25.000 par an le nombre des victimes du cancer utérin en Allemagne tandis que M. Rossier n'en compte que 15.000.

Quoi qu'il en soit le chiffre est certainement formidable, et il est vraiment déplorable qu'en France quelques statistiques suggestives ne viennent pas édifier le nombre trop considérable des indifférents.

Dans les hôpitaux de Paris, les trois quarts des malades qui se présentent avec un néoplasme de l'utérus, ne peuvent être opérées, et l'on connaît les difficultés qu'elles ont à entrer dans les salles. Personne n'en veut et peu de médecins les traitent ; elles arrivent trop tard.

Et dans les campagnes jamais sans doute un cancer de l'utérus n'est traité à temps. Et si elle est exagérée, la conclusion de M. Pichevin, contient une grande part de vérité.

« Le cancer utérin n'est pour ainsi dire pas traité dans notre pays. »

Et l'auteur a bien raison d'ajouter : « le fait est de nature à remplir le cœur de tristesse. »

Spectacle lamentable pour le médecin que celui de ces malades condamnées sans recours ? Devant son impuissance, en pareil cas, le praticien doit réfléchir. Armer sa clientèle en l'instruisant, contre le terrible mal, ne pas se laisser endormir par l'espoir de la possibilité de la cure par le sélénium ou le radium, car il faut bien le dire, le bistouri restera longtemps, sinon toujours, la véritable arme contre le cancer.

La presse fait plus de mal que de bien en vantant les

merveilles de la radiumthérapie ou des autres traitements par les agents physiques. Elle a bien mieux à faire, elle rendrait à la Société un bien plus réel service en prenant en main la cause qui nous occupe.

A l'encontre de certains auteurs, nous ne pensons pas que l'on puisse rechercher chez la femme une sorte de prédisposition au cancer de la matrice, l'hérédité à part, hérédité qui d'ailleurs peut être contestée. On a dit que, après de nombreuses grossesses, l'utérus était un terrain favorable à la pullulation des éléments néoplasiques, que les vieilles métrites ulcéreuses devraient être surveillées de près. Sans nier la possibilité d'une part de vérité dans ses assertions, il serait néfaste de leur attacher une trop grande importance. La prédisposition peut être une possibilité mais elle ne doit obnubiler le médecin au point d'endormir sa méfiance.

Il faut bien savoir que le néoplasme survient souvent sans cause apparente et que le moindre symptôme, le plus banal, une petite hémorragie surtout doit attirer l'attention. Voilà le précepte primordial qui doit guider le praticien.

Il n'est que temps de détruire chez les malades cette idée préconçue, et on ne peut plus fausse, qui les portent à croire, comme un dogme que le néoplasme fait souffrir dès le début.

Pour nous résumer, nous estimons que la responsabilité du médecin est gravement engagée, lorsqu'il néglige d'examiner à plusieurs reprises de surveiller de près tous les cas d'hémorragies utérines anormales.

Nous ne nions pas les difficultés qu'il rencontrera

dans l'accomplissement de cette tâche de la part des malades.

Nous-mêmes les avons éprouvées dans les services des hôpitaux que nous avons fréquentes et dans la clientèle de ville les obstacles sont certainement moins aisés à éviter.

On sait la pudeur déplacée de certaines femmes qui ne consentent à se laisser examiner qu'après de longs mois lorsqu'il n'y a plus rien d'utile à faire pour elles.

Il faudrait donc dans l'intérêt des malades qu'une organisation fût créée pour les instruire contre les dangers qu'elles courent à leur insu. Et des efforts combinés du corps médical enseignant, du corps des praticiens et de tous ceux, ou de toutes celles qui s'occupent de gynécologie viendraient des résultats comparables à ceux que l'on a déjà obtenu dans certains pays étrangers, en particulier en Allemagne, en Autriche et en Hongrie.

M. Pichevin demande de comprendre parmi les vulgarisateurs de ces idées, les sages-femmes, des sociétés telles que celles de la Croix Rouge, des Femmes de France, des ambulancières, des infirmières enfin.

« Pour faire, dit-il, entrer les quelques notions indispensables dans la cervelle des femmes, les moins lettrées, on tentera de les leur faire connaître à l'aide du livret de mariage, de circulaires, de brochures, de conférences. On fera appel à la grande presse qui à l'heure actuelle pénètre un peu partout. »

Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous les moyens qu'il propose pour réaliser ses desiderata.

Nous acceptons avec enthousiasme l'idée d'instruire les sages-femmes, les infirmières, les femmes lettrées et charitables qui s'occupent d'œuvres de bienfaisances. La propagande qu'elles seraient ainsi capables de faire avec fruit serait un élément des plus importants dans la lutte contre le cancer.

Mais il nous répugnerait de faire entrer la grande presse au service d'une idée de philantropie purement médicale. Nous craindrions de voir déprécier une cause si juste.

Nous préférons la petite brochure distribuée aux femmes dans les cliniques privées ou à l'hôpital, et une notice explicative sur le livret de mariage.

Le corps médical doit savoir assurer la responsabilité de défendre les malades contre un danger dont il s'attachera à montrer toute l'étendue.

Doit-on souhaiter avec M. Pichevin et avec quelques autres praticiens la création d'une véritable ligue, organisée avec le secours des municipalités, et étendue à la France entière,

L'idée n'est certainement pas mauvaise. Mais est-elle réalisable ? N'est-ce pas un peu se leurrer d'un espoir sur lequel il serait difficilement raisonnable de compter.

Il y a une Société du Cancer.

Il faudrait une ligue pour lutter contre chaque affection grave capable de faire des ravages un peu partout.

Pourquoi pas une ligue contre le cancer du sein, de la langue. En réfléchissant à chaque points spéciaux de la pathologie humaine ne finirait-on pas par conclure à l'opportunité d'une série de ligues différentes.

Sans contester d'une façon absolue le désir très légitime des partisans d'une ligue régulière, nous pensons qu'il faut d'abord organiser la lutte peu à peu, dans tous les hôpitaux, dans toutes les cliniques, ce sera un grand pas.

Chaque praticien pour son propre compte propagera chez ses malades ces idées que nous venons d'exposer après tant d'autres et ainsi il aura fait un peu de bien.

Nous croyons en un mot que l'extention de la curabilité du cancer de l'utérus pourra être la résultante des efforts individuels de chaque médecin.

TECHNIQUE DE LA BIOPSIE

Il ne suffit pas d'affirmer la nécessité de faire un prélèvement pour un examen histologique.

Il faut encore savoir le faire, savoir conserver, couper et colorer la pièce.

Le prélèvement doit être de la compétence de tout médecin, puisque la biopsie doit entrer dans la pratique courante.

Il en est de même de la conservation provisoire de la pièce, jusqu'au moment où on la donnera au spécialiste qui en fera le diagnostic.

Tandis qu'au contraire, l'examen microscopique, et l'interprétation ne peuvent être confiés qu'à un histologiste de profession.

Nous décrirons la technique du prélèvement, telle que nous l'avons vu exécuter.

Pour la partie purement de laboratoire nous ferons de nombreux emprunts à la thèse de M. Rubens-Duval aux idées duquel nous nous rangeons.

Rappelons quelques notions classiques :

Le cancer de l'utérus peut occuper trois sièges, et présenter par cela même trois types différents.

1° Le museau de tanche.

Il s'agit alors d'un épithélioma pavimenteux tubulé ou lobulé.

2° Le canal cervical.

3° La cavité du corps du l'utérus.

Dans ces deux derniers types, on a affaire à un épithélioma cylindrique,

Avec chacun de ces sièges la technique de la biopsie diffère, on le conçoit.

En présence d'une lésion du museau de tanche on fera un prélèvement au bistouri, aux ciseaux ou à la pince de M. Jean-Louis Faure.

Quand on soupçonnera un néoplasme du corps de l'utérus on s'adressera au curettage explorateur.

Enfin si la tumeur est intra-cervicale on pourra suivant les circonstances user des ciseaux ou de la curette.

Quelques précautions préliminaires doivent être prises de toute nécessité.

Une asepsie soigneuse est ici de rigueur, surtout en matière de curettage.

On sait les terribles effets d'une infection à point de départ utérin.

Il serait impardonnable d'oublier cette règle absolue.

Est-il nécessaire d'user de l'anesthésie générale ou locale ?

On peut rejeter de parti pris, l'anesthésie générale, du moins pour une biopsie du col, ou du museau de tanche.

Il est inutile de faire courir à la malade des risques pour une opération aussi rapide et aussi insignifiante.

L'anesthésie locale serait ici d'un emploi difficile, et la solution de cocaïne ou de novocaïne, le chlorure d'éthyle altéreraient les caractères histologiques de la biopsie.

Aussi pensons-nous que les seules précautions à prendre sont des précautions d'asepsie : lavages et savonnages de la vulve, lavage du vagin, injections.

L'opérateur doit se laver soigneusement les mains, au savon et à l'eau stérilisée, à l'alcool, comme pour une véritable opération.

Les instruments seront stérilisés à l'autoclave ou du moins bouillis.

Des champs protégeront les parties voisines de la vulve.

A. — Biopsie au niveau du museau de tanche

La partie vaginale, du col utérin encore appelée museau de tanche, présente un aspect bien différent d'une femme à l'autre.

Chez la vierge ou la nullipare il est cylindrique, arrondi à son extrémité inférieure.

L'orifice externe du col est presque punctiforme, ou du moins arrondi mais de faible dimension.

Chez les sujets qui ont eu des fausses couches, ou des grossesses, apparaît la division nette en deux lèvres antérieures, grosse, courte ; postérieure mince et allongée.

Les déchirures du col au moment de l'accouchement

produisent encore en outre de fréquentes irrégularités.

L'orifice est ici large, transversal, quelquefois déchiqueté.

De cette configuration du col différente suivant les cas, résultent des conditions variables de biopsie.

D'autre part la lésion, dont on veut prélever un fragment, peut être, elle aussi des plus variables, tantôt il s'agit d'une infiltration presque plate.

Tantôt d'un bourgeon plus ou moins volumineux, ulcéré ou non.

D'autres fois enfin d'une ulcération creuse, sur une base souple, sur une base indurée.

Étant donnée la diversité d'aspect du col dans sa forme, la variabilité des lésions qui s'implantent sur lui, nous pensons que le médecin doit s'inspirer des circonstances, pour choisir l'instrument le mieux approprié, et, suivre la technique que l'expérience a montré être la meilleure avec chaque cas particulier dont nous venons de parler.

Instrumentation

Il faut d'abord voir, et voir nettement.

Un bon éclairage est donc nécessaire.

Le simple spéculum suffira dans la majorité des cas.

Il est commode lorsqu'on est seul ou mal aidé.

Chez les femmes grasses obèses, à vagin profond, l'emploi de valves peut devenir nécessaire, mais alors l'aide est indispensable pour écarter les valves.

Le col bien exposé au fond du conduit vaginal, il faut

le saisir au moyen d'une pince de Museux, l'on aura soin de faire mordre sur la lèvre la moins atteinte, pour éviter de faire saigner et aussi de détruire en partie la lésion à examiner.

On confie la pince de Museux à son aide. On est maintenant prêt pour le prélèvement.

Trois instruments peuvent servir à la biopsie, au choix de l'opérateur, ou mieux semble-t-il au gré des circonstances.

Le simple bistouri ou un biotome, couteau à lame très mince et très étroite.

Les ciseaux de préférence courbe.

La pince à biopsie de M. Jean-Louis Faure.

Une pince à disséquer est nécessaire pour maintenir le fragment pendant la section.

Il faut savoir en pareille matière être éclectique, ne pas vouloir, de parti pris, user de tel ou tel instrument à l'exclusion des autres.

Il est cependant certain qu'avec un bistouri ou des ciseaux, on prélèvera facilement un morceau convenable du museau de tanche. La pince de M. Jean-Louis Faure présente des avantages dans certains cas, sur lesquels nous nous réservons de revenir plus loin.

Le bistouri est particulièrement pratique lorsque le vagin est court, lorsque le col se laisse attirer presque à l'entrée de la vulve. Le biotome est d'un usage moins courant pour la biopsie qui nous occupe.

On s'en sert surtout pour les lésions cutanées.

De longs ciseaux, à branches fortes, sont d'un maniement plus aisé que le bistouri lorsqu'on opère au fond

d'un canal vaginal profond, sur un col qui ne s'abaisse pas aisément.

Chez les femmes qui dans la crainte de souffrir se raidissent, fuient sur la table du spéculum, pour ainsi dire devant l'instrument.

Mais il est indispensable que les ciseaux coupent bien, sans quoi l'on s'expose à déchirer, à érailler le col sans enlever d'une section nette le petit cube de tissu que réclame l'histologiste.

Volume du fragment à prélever

Le volume de la pièce à exciser a une certaine importance. Il faut autant que cela est possible un morceau assez volumineux en forme de cube d'un demi-centimètre ou d'un centimètre de côté.

Du point où doit porter le prélèvement

Mais ce qui peut être encore plus indispensable pour que le résultat soit probant, c'est de bien choisir le point où doit porter le prélèvement, et ceci diffère avec chaque cas.

Voici les notions indispensables :

1° Lorsqu'il s'agit d'un col uniformément infiltré et dur, on prendra la biopsie sur le point le plus dur, ou si cela est possible à cheval sur la zone frontière des parties indurées et des parties restées souples. Et c'est le toucher vaginal qui est juge en pareille matière.

2° Si la lésion se présente sous forme de bourgeon saillant, il sera alors indiqué de prélever une partie ou

la totalité de cette végétation, avec, si elle n'est pas trop volumineuse, un peu des tissus environnants.

3° En cas d'ulcération, l'opinion des histologistes est très nette. Le diagnostic microscopique réclame la présence sur la coupe des parties saines et des parties malades. Aussi faut-il de toute nécessité faire passer la coupe à cheval sur l'ulcération et sur les parties saines avoisinantes.

De cette façon, la biopsie présente autant qu'on peut le supposer, une partie excentrique, plus ou moins normale, une partie moyenne de transformation et enfin en dedans l'ulcération elle-même que l'on a sous les yeux.

Pince à biopsie de M. Jean-Louis Faure

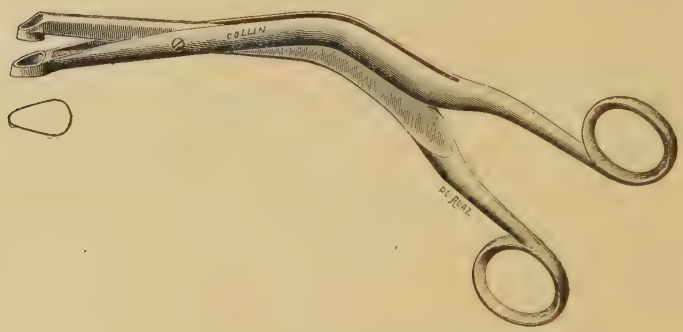
Nous avons déjà dit que le bistouri ou les ciseaux longs, permettaient de faire une biopsie dans l'un quelconque de ces cas différents que l'on rencontre en clinique.

Quels seront maintenant ceux dans lesquels la pince de M. Jean-Louis Faure nous paraît être d'un maniement plus aisé.

M. Jean-Louis Faure à eu l'obligeance de nous autoriser à reproduire ici un cliché représentant cet instrument.

Il s'agit comme l'on peut, d'un coup d'œil, en prendre une notion suffisante d'une pince coupante, dont les mors tranchants ont en quelque sorte la forme des curettes à lunette, ou des gouges à lunette.

En fermant d'un coup un peu sec les branches de la pince, on fait pénétrer les deux mors l'un dans l'autre, et si un tissu était interposé entre eux, on découpe ainsi très facilement dans ce tissu un fragment cylindrique d'un demi-centimètre de hauteur environ.



Pince à biopsie de M. Jean-Louis Faure.

L'avantage incontestable que présente cet instrument, est la rapidité avec laquelle on fait une biopsie. La malade ne sent pour ainsi dire rien, elle n'en a pas le temps. Le morceau enlevé est régulier ce qui facilite l'inclusion.

La section étant nette, le col saigne peu après.

Il est vrai que l'on peut en dire autant de la biopsie aux ciseaux ou au bistouri si l'on a de bonnes lames, mais l'on va plus vite avec la pince de M. Jean-Louis Faure.

Cependant cette pince ne peut sans doute être employée dans tous les cas, comme tout instrument mécanique si l'on peut s'exprimer ainsi, il est moins facile de le guider dans les opérations un peu délicates.

Il est très commode, lorsqu'on est en présence d'un

col de multipare à lèvres nettement distinctes, lorsque sur l'une de ces lèvres, on doit enlever une portion indurée ou exciser un fragment d'un bourgeon dur.

S'il s'agit d'un col de nullipare rond, sans lèvres délimitées, si sur ce col pour des raisons plus haut formulées, on veut prendre une portion nettement définie, une portion d'une ulcération avec son bord, il sera préférable d'employer les ciseaux ou le bistouri avec lesquels on fait ce que l'on veut.

Si la lésion empiète un peu sur le canal intra-cervical, la pince de M. Jean-Louis Faure serait d'un usage plus malaisé que le bistouri ou les ciseaux.

En pareil cas, en effet, il faudrait pour bien faire, introduire l'un des mors de l'instrument dans le canal cervical afin d'exciser la partie de l'ulcération qui y pénètre.

D'autre part, un col rond, gros, non divisé en deux lèvres, pourrait fuir sous les mors de la pince. L'instrument dérapant alors, déchirerait l'organe sans enlever le fragment suffisant.

Pour nous résumer, nous pensons que bistouri, ciseaux, pince de M. J.-L. Faure ont chacun leurs indications spéciales. C'est à l'opérateur de choisir.

Si la biopsie paraît très difficile, si la malade est rebelle et qu'il faille aller très vite, on préférera la pince.

Dans les autres circonstances, on usera du bistouri ou des ciseaux, qui, nous le répétons, sont à eux seuls largement suffisants ; la pince constituant un moyen commode mais non indispensable, un instrument de luxe en quelque sorte.

Accidents de biopsie de la partie vaginale du col

On peut laisser tout de suite de côté l'infection qui est une faute impardonnable puisque les précautions usuelles d'asepsie suffisent pour l'éviter.

Il n'en est pas de même de l'hémorragie qui peut se déclarer au moment de l'opération, ou dans les heures qui suivent.

Il faut, en effet, se souvenir que le col présente une riche vascularisation qui lui vient de l'utérine, les artères enlacent chaque moitié de cet organe, passant en avant et en arrière du canal cervical « se donnant la main » et s'anastomosant d'un côté à l'autre, suivant l'expression pittoresque de Farabœuf.

La section peut rencontrer un de ces vaisseaux, l'hémorragie varie en abondance et en gravité suivant l'importance de l'artère sectionnée ; mais l'écoulement sanguin que l'on déterminera en pareil cas n'est jamais grave, à qui sait y parer.

Deux cas peuvent se présenter.

Ou bien l'hémorragie est immédiate, elle peut être suffisante pour nécessiter un ou deux points de catgut qui rapprocheront les deux lèvres de la place.

Mais sur un col infiltré, ulcéré, sur une végétation saillante, il serait souvent illusoire de tenter une suture. On aura alors recours au thermocautère porté au rouge sombre.

On complétera par un tamponnement vaginal, l'hémostase et on en préviendra ainsi le retour toujours possible.

Ou bien, au contraire, l'hémorragie insignifiante au moment de l'opération deviendra plus alarmante quelques heures plus tard.

Il faut se méfier de cet accident.

Il est des chirurgiens qui ont vu des femmes revenir ainsi quelques heures après la biopsie, ou même le lendemain très éprouvées et très apauvries par la perte de sang quelquefois assez importante.

Aussi est-il bon de faire coucher les femmes après la biopsie, et de leur faire des irrigations chaudes ou un tamponnement.

B. — Biopsie dans le cancer du canal cervical

Le cancer qui se développe dans le canal cervical s'il est histologiquement très différent du néoplasme du museau de tanche, peut néanmoins présenter les mêmes caractères extérieurs.

C'est-à-dire qu'il peut être soit infiltré, soit bourgeonnant, soit ulcéreux.

La biopsie peut ici présenter des difficultés d'ordre mécanique plus considérables qu'au niveau de la portion intra-vaginale.

Précautions préliminaires

La question de l'asepsie et de l'anesthésie ne diffère pas ici de ce qu'elle était précédemment.

Mais en outre, il peut être nécessaire, pour atteindre

une lésion du col, de faire, au préalable, une dilatation au moyen de laminaires ou de bougie de Hégar.

La dilatation à la laminaire présente l'avantage de ne pas être douloureuse.

Beaucoup de chirurgiens préfèrent la bougie de Hégar.

Ils accusent les laminaires, corps étrangers que l'on laisse plusieurs heures en place, d'être un danger d'infection.

D'autre part la dilatation avec des bougies de Hégar peut être suffisante en quelques minutes, et, pratiquée avec quelque patience, elle est très supportable.

La dilatation n'est d'ailleurs pas indispensable dans tous les cas.

Un bourgeon peut faire saillie à l'extérieur. Une ulcération peut déborder sur le museau de tanche.

Le col enfin peut être, par suite de ses lésions, perméable d'emblée à un instrument.

Technique de la biopsie pour le cancer du canal cervical

Le vagin aseptisé, le col dilaté tout est prêt pour la biopsie.

Suivant les commodités, on se servira d'un bistouri ou des ciseaux, certains auteurs ont usé de la curette.

L'examen histologique réclamant de préférence un bloc de tissu d'une certaine dimension, au minimum, un cube de un demi-centimètre de côté ; nous pensons qu'il faut, si possible, l'emploi de la curette.

La curette ne ramène que des débris de tumeur, ou des lambeaux de muqueuse.

Qu'on en fasse usage, si le col n'est pas suffisamment dilaté, si la lésion ne siège pas sur un point nettement visible, on le conçoit.

Mais si l'on voit nettement une ulcération ou un bourgeon néoplasique, mieux vaudra l'exciser aux ciseaux que de chercher à en prélever un fragment à l'aide d'une curette tranchante.

Rien n'empêche, d'ailleurs, de dilater suffisamment le col dans une séance ultérieure, pour permettre un toucher intra-cervical.

Le doigt indiquera le plus souvent le point induré, infiltré, sur lequel devra porter l'excision.

Accidents

Ici l'infection est plus à craindre qu'au niveau du museau de tanche, cela tient d'une part à la nécessité fréquente d'une dilatation ou d'un curettage.

Ces traumatismes qui éraillent prédisposent à l'infection, et, d'autre part, à la susceptibilité de la muqueuse utérine qui se défend moins bien que celle du vagin, surtout lorsqu'elle est déjà malade.

L'hémorragie ne sera jamais ici qu'une hémorragie en nappe, en général, de faible importance, et que des irrigations chaudes, parviennent, le plus souvent, à arrêter.

De toute façon, il est prudent de laisser la malade vingt-quatre heures au lit après la biopsie, et d'insti-

tuer des injections chaudes, matin et soir, le jour de l'opération, et dans les jours qui suivent.

Traitement du fragment prélevé

Ceci est un point capital du diagnostic microscopique, tous les histologistes l'affirment d'un commun accord.

Le mieux est certainement de fixer la pièce anatomique immédiatement après son prélèvement.

Mais tout médecin ne peut être un histologiste de profession, et cependant tout médecin est appelé à faire des biopsies.

Quelle précaution doit-on prendre pour faire parvenir la pièce au laboratoire où l'on l'examinera ?

Beaucoup de praticiens, ont le tort de mettre le fragment du col dans une compresse de gaze stérilisée.

M. Rubens-Duval s'élève contre cette pratique.

La gaze, en effet, absorbant les liquides, sang, lymphe, sérosité, la pièce se dessèche trop vite, et devient inutilisable au bout de douze heures.

Une autre faute fréquemment commise, consiste à mettre le lambeau prélevé dans de l'alcool.

Or, M. Rubens-Duval considère l'alcool comme « l'un des plus mauvais fixateurs que l'on puisse employer ».

Nous indiquerons plus loin le liquide fixateur que l'on emploie dans le service de M. le Professeur Lejars.

Voici en définitive les conseils pratiques que donne M. Rubens-Duval dans sa thèse.

« Si la pièce peut parvenir au laboratoire moins de douze heures après son ablation il vaut mieux ne la met-

tre dans aucun liquide, car une fixation défectueuse compromet souvent toute recherche ultérieure.»

« La biopsie doit donc être placée dans un petit flacon bien sec et bien soigneusement bouché, ou bien encore, dans un fragment de tissu imperméable replié sur lui-même et assez lâchement attaché, pour que le fragment excisé ne soit pas comprimé. »

« La pièce peut rester plusieurs heures en parfaite conservation et sans rien perdre du liquide quelle renferme. »

« Si, au contraire, la pièce ne pouvait parvenir au laboratoire avant dix ou douze heures, elle ne doit être envoyée que préalablement fixée. »

Les limites de temps donné par M. Rubens-Duval sont des limites de prudence. Car en réalité, comme il l'affirme plus loin que le chiffre de dix à douze heures peut être facilement doublé ; mais, cependant, non sans inconvénients.

Et c'est pour éviter tout mécompte qu'il sera préférable d'envoyer dans le plus bref délai, la pièce au laboratoire si l'on n'a pas à sa disposition le liquide fixateur convenable.

Comme nous l'avons dit plus haut, il faut se garder de choisir l'alcool dont les effets sont déplorables sur les tissus destinés à un examen histologique.

Fixation des pièces

La fixation des pièces, leur inclusion, leur coloration, sont de la compétence d'un histologiste de profession.

Ainsi nous rangeons-nous à l'opinion de M. Rubens-Duval, nous donnerons ici un aperçu des méthodes employées par lui, dans le laboratoire de M. le Professeur Lejars.

Nous ne discuterons pas les méthodes employées dans d'autres laboratoires, n'étant pas qualifiés pour pareille critique.

M. Rubens-Duval, se sert du liquide de Dominici, comme fixateur.

« Nous avons essayé, dit cet auteur dans sa thèse, différents réactifs fixateurs, l'alcool, le bichromate de potasse, l'acide osmique, le liquide de Flemming, le liquide de Boin, le sublimé acétique, le formol, en les comparant toujours au liquide fixateur de Dominici. Nous avons trouvé ce liquide si nettement supérieur à tous les autres, que nous n'en employons plus d'autres, non seulement, pour les recherches de cytologie fine, mais pour la technique courante. »

Pour la technique même de la fixation nous renvoyons à la thèse de M. Rubens-Duval (*Thèse Paris*, 1908, page 14).

La durée de la fixation est essentiellement variable avec l'épaisseur de la pièce. « Deux ou trois heures suffisent pour une petite pièce, quatre ou cinq heures représentent une bonne moyenne. Les petites pièces ne sont pas surfixées, les grosses sont parfaitement pénétrées. »

Lorsque le liquide de Dominici a suffisamment agi. on met les pièces dans de l'alcool à 60° ou à 90°, en attendant de les inclure.

Si l'on est pressé, ce qui est fréquemment le cas, « car l'on doit être rapidement fixé sur la nature des lésions » on peut les mettre directement dans l'alcool absolu ou dans l'acétone.

Inclusion

M. Rubens-Duval après avoir adopté tantôt le collodion, tantôt la paraffine, donne maintenant très nettement la préférence à l'inclusion à la paraffine, qu'il emploie presque exclusivement.

« L'inclusion à la paraffine, dit-il, est plus rapide et moins coûteuse que l'inclusion au collodion, les coupes sont plus faciles à pratiquer, on peut les obtenir plus minces, plus étendues et plus régulières.

On peut les recueillir en rubans et les disposer en série. »

« Enfin les coupes collées sur lames, se prêtent à beaucoup plus de manipulations, que les coupes au collodion, qu'il faut nécessairement porter de godets en godets dans les divers réactifs histologiques. »

Cependant certains histologistes préfèrent le collodion. Pour eux le collodion respecterait mieux que la paraffine les structures délicates de certains tissus.

M. Rubens-Duval démontre qu'il n'en est rien, à la condition toutefois de bien manier la paraffine, nous renvoyons pour plus de détails à sa thèse (page 19).

Les conclusions sur ce point sont très nettes. « En résumé, l'inclusion à la paraffine ne le cède en rien à l'inclusion au collodion. Ceci n'est vrai, toutefois que si

l'on compare au collodion des inclusions de paraffine bien réussies. »

Colorations

Ce point n'intéressant que le spécialiste nous nous excuserons de n'en dire qu'un mot.

M. Rubens-Duval considère que « les colorations les plus utiles sont les colorations de l'éosine orange et au bleu de toluidine, ou de méthylène (Dominici) après ou sans mordançage préalable par l'alun de fer ; la coloration à l'hématine et au liquide de Von Gierson ; celle à l'hématéine à l'éosine et au vert lumière. Les fibres élastiques seront aussi en évidence à l'aide de la fuschine de Wrigert, employée seule ou en coloration combinée.

Les interprétations de la biopsie

Là est certainement le point délicat, il faut le déclarer bien haut. Il n'est pas de la compétence du praticien de trancher lui-même des problèmes souvent des plus difficiles pour un spécialiste des mieux éduqués.

C'est qu'en effet l'intérêt n'est pas dans la biopsie d'un cancer évoluant depuis longtemps. En pareil cas, l'état atypique des cellules néoplasiques est suffisamment frappant pour ne pas prêter à l'erreur.

Mais au début, comme nous le montrerons plus loin dans une de nos observations, on rencontre parfois des modifications cellulaires très délicates à identifier.

On peut, avec raison, parler d'un stade précancéreux, et alors l'œil le plus exercé hésite, et ne saurait

se prononcer d'une façon absolue pour la bénignité ou la malignité de l'affection. Et c'est en pareil cas qu'interviennent des raisons secondaires, qui font pencher pour l'ablation de l'utérus ou pour l'abstention.

Il est enfin des cas hybrides en quelque sorte, où le cancer vient se greffer sur une lésion préexistante : fibrome, métrite chronique, tuberculose, et l'on conçoit que la difficulté d'interprétation est devenue alors plus grande.

Nous nous proposons de revenir à propos des observations cliniques sur chacun de ces points spéciaux.

Résultats de la biopsie

Le résultat peut être nettement positif.

Le cancer n'est pas douteux. La conclusion s'impose, il faut opérer, si le néoplasme est extirpable, dans le plus bref délai.

Si, au contraire, le microscope répond : lésion banale, ou lésion douteuse faut-il s'en tenir là ?

La réponse est très nette : Non.

Ce serait méconnaître les nombreuses erreurs cliniques, et nous en rappelons plus loin des exemples frappants, où une première biopsie négative a été suivie d'une seconde et d'une troisième qui ne laissait plus aucun doute sur la nature maligne des lésions.

C'est qu'en effet pour de nombreuses raisons, la biopsie a pu être défectueuse une première fois.

Ceci peut tenir soit à une mauvaise conservation ou préparation de la pièce.

Nous avons vu plus haut quelle est la conduite à tenir pour éviter pareil mécompte.

D'autre part, l'opérateur a pu faire un prélèvement insuffisant. Il faut exciser, nous l'avons dit, un fragment assez volumineux et point trop superficiel.

Il faut enfin choisir le bon endroit. Et là est l'erreur la plus fréquente. Nous avons indiqué déjà avec soin quelles sont les conditions qui doivent guider l'opérateur.

Malgré toutes les précautions, malgré une grande pratique, on peut se tromper.

Il faut être patient, savoir tâtonner en quelque sorte jusqu'à ce qu'on n'ait plus aucune « arrière-pensée » suivant l'expression même de M. Siredey.

On a pu ainsi être amené à faire deux, trois ou quatre biopsies successives; et même, après cette conduite prudente, si un doute persiste encore à cause des données de la clinique, il faut surveiller de très près la malade et, au besoin, faire, de loin en loin, un prélèvement pour ne pas laisser passer inaperçue la transformation cancéreuse possible d'une lésion qui jusque-là était bénigne.

Nous allons maintenant, à l'appui de nos dires, rapporter quelques observations que nous devons à la bienveillance de M. le Professeur Lejars, de M. Jean-Louis Faure et de M. Siredey.

OBSERVATIONS

Observation I

Observation inédite prise dans le service
de M. le Professeur LEJARS

Cancer du museau de tanche associé à une métrite chronique du col. Diagnostic par la biopsie

Mme R..., âgée de 40 ans, vient consulter pour des pertes rouges dans l'intervalle des règles.

La malade, qui a eu deux enfants et qui a fait une fausse couche, était bien réglée et n'avait remarqué aucun trouble (ni pertes rouges ni pertes blanches) jusqu'au mois de mars 1913.

Depuis cette époque, elle a eu dans l'intervalle des règles qui sont toujours régulières, mais un peu prolongées, des métrorragies d'abord insignifiantes, simples pertes blanches légèrement striées de sang, puis actuellement beaucoup plus nettes.

Pas de douleurs du côté du petit bassin.

La malade vient donc consulter cliniquement pour ces pertes de sang irrégulières qui surviennent sans cesse et l'obligent à porter continuellement une garniture.

Examen gynécologique. — Au toucher vaginal, on sent un col dont l'orifice externe est assez largement évasé.

La lèvre antérieure est souple et normale, la lèvre postérieure est d'une dureté inaccoutumée, elle est sur un point légèrement irradiée sur sa face vaginale et en un point le doigt perçoit une petite végétation dure.

Au spéculum :

Les signes fournis par le toucher vaginal sont contrôlés. On peut se rendre compte de l'existence sur la lèvre postérieure du museau de tanche, d'une petite ulcération, bordée de crêtes légèrement saillantes, avec en arrière une toute petite végétation.

Cette ulcération dont l'aspect est celui d'une lésion maligne, saigne au moindre contact.

Pour confirmer le diagnostic macroscopique, on pratique une biopsie.

Biopsie faite le 2 juillet 1913.

La biopsie intéresse à la fois la face vaginale du museau de tanche et une faible portion de l'extrémité inférieure du canal cervical.

Voici les résultats de la biopsie que M. Rubens-Duval a bien voulu nous communiquer.

Résultats de l'examen histologique fait par M. Rubens-Duval :

« Le canal endocervical se montre tapissé d'un épithélium cylindrique régulier, disposé en une seule couche de cellules cylindriques hautes.

« Ces cellules présentent un certain degré d'hyperplasie surtout marqué au niveau des cryptes glandulaires.

« Celles-ci, très augmentées de volume, sont œdémateuses. Le stade d'adénome n'est pas dépassé, et il n'y a pas d'épithélioma. Le revêtement normal pavimen-

teux malpighien, à la surface externe du museau de tanche a disparu, il est remplacé par une abondante prolifération de cellules épithéliales qui, dès le faible grossissement, on reconnaît être un épithélioma pavimenteux malpighien métatypique.

« Les boyaux épithéliaux sont relativement peu infiltrés en profondeur.

« Sur les coupes colorées à l'éosine orange et au bleu de toluïdine, on reconnaît que l'épithélioma fait à la surface du museau de tanche, une bande dont l'épaisseur varie de 1 à 3 millimètres à fort grossissement.

« On constate que les cellules épithéliomateuses petites ont un protoplasma relativement très réduit eu égard aux dimensions du noyau, et sans différenciations aucunes.

« A peine, çà et là, note-t-on de la kératinisation de quelques cellules qui présentent alors, d'une façon nette, les caractères d'un épithélioma pavimenteux malpighien.

« Autour des boyaux épithéliomateux s'est développée une réaction inflammatoire éventuellement caractérisée par des mononucléaires lymphocytes, mononucléaires moyens plasmazellen.

« En quelques points s'ajoute en appel des polynucléaires neutrophiles.

« En d'autres, une cosmophilie d'origine locale.

« La réaction du type lymphoïde reste prépondérante. »

Conclusions. — Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux malpighien du museau de tanche très développé en sur

face, peu infiltré en profondeur, cantonné à la surface externe du museau de tanche.

C'est un cancer type pavimenteux.

Les modifications de la muqueuse du col ne sont pas d'ordre néoplasique.

Il y a métrite du col et cancer du museau de tanche.

Ceci indique au point de vue du pronostic opératoire que c'est avant tout du côté des culs-de-sac et des cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale qu'il faudra chercher et poursuivre les traces de l'infiltration maligne.

Observation II

Observation inédite prise dans le service
de M. le Professeur Lejars

Epithélioma pavimenteux développé au niveau de l'insertion du cul-de-sac postérieur sur le col. Biopsie

Mme Leg.., âgée de 44 ans, vient consulter pour des pertes de sang.

Antécédents personnels. — La malade a eu un enfant à l'âge de 25 ans. Les couches et les suites furent normales.

A l'âge de 27 ans, elle a subi un curettage probablement pour une métrite hémorragique avec une fausse couche. Elle conserve, après ce curettage une santé parfaite jusqu'en avril 1912.

Début des symptômes.

En avril 1912, la malade a commencé à perdre un peu de sang tous les jours et ceci jusqu'à la fin du mois de mai.

A cette époque, les pertes sont devenues plus abondantes. En même temps quelques douleurs pelviennes font leur apparition.

La malade perd l'appétit, ses forces vont en décroissant assez rapidement et elle constate une perte de 3 kilogrammes en deux mois.

L'examen gynécologique est pratiqué en juin 1912 dans le service de M. le Professeur Lejars.

Le doigt en arrivant dans le cul-de-sac postérieur du vagin rencontre une masse végétante et mollasse, saillante, du volume d'une grosse prune.

Cette masse semble implantée dans le fond du cul-de-sac postérieur et sur la paroi postérieure du vagin.

En réalité on peut se rendre compte que son large pédicule se détache aussi de la partie supérieure de la face vaginale de la lèvre postérieure du museau de tanche.

Le col utérin dans son ensemble est gros, élastique, mais paraît sain si l'on en excepte le point où le cul-de-sac postérieur s'insère sur lui, point d'où naît le gros bourgeon que le doigt sent au fond du vagin.

Bien qu'il ne puisse y avoir aucun doute au point de vue clinique sur la nature maligne de l'affectation on pratique une biopsie.

La biopsie est pratiquée le 12 juin.

L'examen histologique fait par M. Rubens-Duval montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux malpighien métatypique.

Traitement. — Suivant les conseils de M. le Professeur Lejars, la malade est traitée par le radium. Le traitement est appliqué par M. Rubens-Duval.

Résultats. — Après deux applications le bourgeon néoplasique disparaît complètement.

En novembre 1912 les tissus du vagin et du col utérin paraissent normaux. La muqueuse est lisse et les tissus souples.

L'état de la malade est alors tellement satisfaisant qu'elle est capable de subir une dilatation anale dans le but de la débarrasser d'une fissure anale très douloureuse.

Le 28 décembre 1912, on constate sur la lèvre antérieure du col un petit nodule rouge, saillant, du volume d'un très petit pois qui ne donne lieu à aucun symptôme fonctionnel, qui doit évidemment être considéré comme suspect, en raison de l'état antérieur du vagin.

Il pourrait en effet s'agir d'une nouvelle détermination épithéliomateuse, bien que la lésion néoplasique primitive se maintienne en apparence guérie.

Deuxième biopsie. — A la fin de janvier 1912, en raison de la persistance et peut-être de l'accroissement de ce nodule, M. Rubens-Duval pratique une biopsie.

L'examen histologique montre un état inflammatoire, consistant essentiellement dans la formation d'un nodule lymphoïde avec centre germinatif clair (nombreuses cellules germinatives de Flemming).

La cicatrisation de la biopsie s'est faite assez lentement et la plaie a pris tout d'abord, un aspect quelque peu végétant et néoplasique.

Malgré le début un peu anormal de la cicatrisation, celle-ci s'effectue d'une manière régulière.

Le 12 août 1913, la malade ne présentait qu'une cicatrice du col, nullement suspecte de cancer du moins dans son aspect extérieur.

Conclusions. — L'intérêt de la biopsie a été dans ce cas d'établir d'abord la réalité d'un cancer pavimenteux, puis de contrôler dans un second temps la guérison cliniquement apparente de la lésion primitive par l'application du radium.

Le contrôle histologique mérite d'être toujours appliqué et servira à fixer et à juger de la gravité du pronostic.

Observation III

Observation inédite prise dans le service
de M. le Professeur Lejars

Diagnostic clinique douteux. La réponse de la biopsie est cancer du col

Mme D..., jeune femme de 29 ans, vient consulter pour des pertes de sang.

L'interrogatoire de la malade montre qu'il s'agit de métrorragies peu abondantes. La malade a des pertes blanches striées de sang depuis cinq et six mois.

Depuis cinq à six semaines, les pertes sont plus colorées, et les dernières règles ont eu une durée anormale de dix jours.

Au toucher vaginal, le doigt reconnaît sur la lèvre antérieure du col l'existence d'une ulcération.

Examen au spéculum. — On voit sur la face antérieure du col une ulcération transversale à l'union du col et du cul-de-sac antérieur du vagin.

Cette ulcération a les dimensions d'une pièce de un franc, elle est creuse et taillée dans des tissus durs et légèrement surélevés.

L'ulcération saigne très facilement au toucher.

Par contre, la curette entame très difficilement le tissu dur.

Biopsie. — On prélève à la curette un petit fragment au niveau de l'ulcération et de l'un de ses bords.

M. Rubens-Duval a fait l'examen de ce fragment.

Voici le résultat de cet examen qu'il a eu l'obligeance de nous transmettre.

Le fragment très exigu prélevé à la curette, ne montre pas un épithélium normal, mais uniquement des boyaux d'épithélioma pavimenteux métatypiques, infiltrés dans un stroma conjonctif fibreux, dense malpighien.

Les cellules épithéliomateuses paraissant différenciées sont en parfaite activité kariokynétique.

Le stroma conjonctif présente une infiltration asssz marquée de mononucléaires qui sont des plasmazellen.

Conclusions. — Il s'agit d'une ulcération cancéreuse du col utérln.

Traitement. — Le 29 avril 1913, 120 milligrammes de radium sont appliquées contre le col, dans le cul-de-sac antérieur du vagin.

Ils y sont maintenus pendant quarante-trois heures.

Le 29 mai amélioration très nette. Disparition de l'ulcération du cul-de-sac antérieur.

Aucune perte sanguine et même très peu de pertes blanches, seulement quelques pertes peu abondantes d'un mucus épais et blanchâtre.

La guérison est peut-être obtenue, néanmoins par prudence, une nouvelle application de radium est proposée, qui n'est pas acceptée, et la malade n'est pas guérie.

Ici il s'agissait d'une ulcération que son aspect clinique faisait étiqueter lésion cancéreuse.

Étant donné le jeune âge de la malade, il était permis de douter et bien souvent, avant la pratique systématique de la biopsie, les hésitations en pareil cas se traduisaient par un ajournement du traitement actif.

Actuellement quel que soit l'aspect des lésions, quel que soit l'âge des malades, un examen histologique consciencieux et compétent tranchera la question.

Observation IV

Observation inédite prise dans le service
de M. le Professeur Lejars

Cancer du Canal cervical.
Diagnostic par le curettage explorateur

Mme Marie C..., âgée de 55 ans, vient consulter pour des métrorragies très abondantes qui durent depuis six mois.

Antécédents héréditaires.

Rien de spécial, père et mère actuellement âgé de 97 ans. La mère a eu 13 enfants tous vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave.

Réglée à 19 ans, bien réglée, règles toujours indolores, mais d'une durée de dix jours, jusqu'à l'âge de 35 ans.

A partir de 35 ans ; les règles ne durent plus que sept à huit jours.

Un seul enfant né à terme. Pas de fausse couche.

Début des symptômes. — La malade qui était encore réglée normalement jusqu'au 5 octobre 1912, présente a cette époque, cinq jours après les règles, une perte de sang très abondantes

qui apparut au milieu de la nuit. Le sang était mélangé de gros caillots. L'hémorragie s'arrêta le matin pour se reproduire plus intense la nuit suivante.

Depuis cette époque les métrorragies sont continuelles, mais ces pertes de sang sont beaucoup plus abondantes aux dates qui correspondent aux périodes de menstruations.

Depuis six mois la malade met deux garnitures par jour et quatre à cinq garnitures au moment des règles.

L'abondance des pertes de sang a encore augmenté depuis le mois de mars 1913.

Des douleurs ont alors apparu surtout violentes dans la région inguinale, ce qui oblige la malade à abandonner son travail.

En cinq mois elle a maigri de 6 à 7 kilogrammes.

Elle accuse outre cet amaigrissement, une perte de force très notable, un dégoût pour les viandes et les aliments gras. Des nausées le matin au réveil.

Toucher vaginal pratiqué le 5 avril 1913.

Le col présente au toucher une forme et une dimension normale. Il est plaqué contre la symphise pubienne.

La consistance est normale partout sauf peut-être en arrière où il semble exister une zone d'induration.

L'utérus est gros et rétrofléchi.

La cavité est agrandie, l'hystéromètre indique une dimension de 9 centimètres.

Les culs-de-sac sont souples l'utérus est facilement mobilisable de bas en haut et latéralement.

La cloison vésico-vaginale et la cloison recto-vaginale ne paraissent pas infiltrées.

Examen des divers appareils. — Le foie est un peu gros et un peu douloureux.

La rate n'est perceptible ni à la palpation ni à la percussion.

Examen du cœur. — On entend à la base un second bruit aortique fortement claqué.

On voit et on sent battre la crosse de l'aorte au-dessus de la fourchette sternale.

Le pouls est un peu dur et bat à raison de 66 pulsations à la minute.

Appareil respiratoire : rien de spécial.

Appareil urinaire : rien.

Système nerveux : cauchemars la nuit, tremblements des doigts.

Les phénomènes nerveux joints à l'anorexie habituelle et aux nausées du réveil font soupçonner l'éthylisme chez cette malade.

Biopsie le 8 avril 1913.

Un fragment de la muqueuse du canal cervical est prélevé par curettage.

En outre un fragment de la lèvre postérieure du col est enlevé aux ciseaux (dans la zone paraissant indurée) par M. Bougot.

Voici le résultat histologique que M. Rubens-Duval a eu l'obligeance de nous communiquer.

Examen histologique fait par M. Rubens-Duval.

« 1° La biopsie du fragment du museau de tanche « montre une sclérose très dense du col utérin et un état « inflammatoire chronique de la muqueuse.

« Le chorion muqueux est œdématié et infiltré d'un « grand nombre de mononucléaires parmi lesquelles « prédominent des plasmazallen. Le revètement épi-

« thélial est œdématié et les cellules pavimenteuses sont « écartées les unes des autres par le liquide d'œdème.

« Le revêtement est épaissi, il est devenu irrégulière- « rement papillomateux.

« Toutefois il ne s'agit que d'hyperplasie inflamma- « toire simple à un degré accentué de papillomatose. « L'irrégularité des prolongements interpapillaires doi- « vent faire soupçonner un état précancéreux. On ne « saurait en aucun point de la coupe conclure à l'exis- « tence d'un cancer.

« 2° Le fragment de muqueuse :

« Enlevé par curettage montre des lésions décrites « par M. Ménétrier sous le nom d'adénome utérin à « stroma sarcomateux.

« Le tissu conjonctif, riche en vaisseaux sanguins, est « formé de nombreuses cellules indifférenciées à pro- « toplasma extrêmement réduit. Les proliférations épi- « théliales consistent en tubes, tapissés d'un épithé- « lioma cylindrique haut.

« Les cellules cylindriques n'élaborent pas de mucus, « le protoplasma est réduit eu égard aux dimensions « des noyaux qui sont augmentés de volume et très « riches en chromatine.

« L'activité proliférative des épithélioma est marquée « çà et là, et sous forme de végétations intra-tubai- res.

« Les caractères histologiques de l'épithélium doi- « vent faire songer à une transformation néoplasique « maligne.

« On connaît d'ailleurs les affinité de l'adénome uté-

« rin à stroma sarcomateux et de l'épithélium cylin-
« drique vrai.

« Il y a donc au moins état précancéreux sinon déjà « épithélioma réalisé. »

Conclusions. — On doit donc conclure à traiter la malade comme cancéreuse, parce qu'il existe d'une part un état précancéreux de cellules pavimenteuses malpighiennes et d'autre part la transformation de la muqueuse endocervicale en adénome utérin à stroma sarcomateux.

Cette observation est particulièrement intéressante pour l'opérateur et pour l'histologiste.

Au clinicien, elle montre combien sont insuffisants, dans beaucoup de cas, les signes donnés par le toucher.

Quel est l'opérateur qui, sans l'appui de la biopsie, pourrait proposer d'une façon ferme l'hystérectomie à une malade sur la simple constatation d'une induration douteuse d'une des lèvres du col.

La réponse de la biopsie aurait été dans cette observation négative, si l'on s'était contenté d'examiner un fragment du col. C'est en effet sur l'étude approfondie de la muqueuse endo-cervicale prélevée par curettage que M. Rubens-Duval a pu conclure à la nécessité de l'intervention.

En lisant la notice plus haut rapportée qui est la traduction fidèle de la coupe de la lésion, on peut se rendre compte des difficultés du diagnostic au microscope dans les tout premiers stades de l'affection.

Il faut l'œil expérimenté d'un histologiste de profession pour découvrir dans l'aspect des cellules des pro-

lifération du stroma les signes indubitables de la transformation cancéreuse.

Ici la tache de M. Rubens-Duval était plus délicate encore puisqu'il s'agissait d'affirmer sur l'examen d'un épithélium non encore atteint de dégénérescence cancéreuse les indices certains de transformation vers la néoplasie maligne.

Le stade précancéreux est des plus importants à relever.

On conçoit en effet combien le pronostic opératoire serait amélioré si l'on portait souvent le diagnostic d'intervention à ce « Stade précancéreux ».

Observation V

Observation inédite prise dans le service
de M. le Professeur Lejars

Diagnostic clinique. Métrite douteuse. Diagnostic par la biopsie. Cancer du col utérin

Mme Cor..., âgée de 50 ans, vient consulter pour des pertes de sang peu abondantes mais qui persistent depuis deux mois.

La malade n'étant plus réglée depuis déjà trois ans, lorsque de petites métrorragies se montrèrent.

Elle n'a pas eu, dit-elle, de pertes blanches.

Elle a beaucoup maigri et se sent très affaiblie bien que l'appétit soit conservé et que l'état général soit à peu près bon.

Au toucher vaginal, un col gros et mou, qui donne plutôt l'impression d'un col métritique.

Il saigne facilement, le doigt ramène du sang.

L'utérus est mobile dans son ensemble bien que nettement fixé à gauche, le cul-de-sac gauche est infiltré et légèrement rétracté.

A l'examen du spéculum :

On remarque que la muqueuse endo-cervicale est éversée en dehors. Il n'y a pas d'ulcération, ni de végétation. Mais la muqueuse éversée saigne au moindre contact. L'aspect est donc celui d'un gros col métritique.

Biopsie le 14 juillet 1912.

En présence de symptômes en quelque sorte contradictoires (puisque d'une part l'aspect ne donne aucune indication et que la consistance du doigt est molle, et, est, par suite, plutôt celle d'une lésion banale de métrite chronique et que, d'autre part, l'âge et les métrorragies survenant après la ménopause et l'infiltration du cul-de-sac gauche font penser au cancer). On pratique une biopsie sur la face gauche du museau de tanche.

Résultat de la biopsie.

L'examen histologique a été pratiqué par M. Rubens-Duval et voici le résultat :

Résultat. — On voit sur les coupes une prolifération végétante de l'épithélium cylindrique endo-cervicale de type adénomateux, mais, en un point, on voit nettement un tube d'épithéliome cylindrique. Il s'agit donc d'un épithélioma cylindrique endo-cervical, dont la biopsie n'intéressa qu'un des boyaux les plus superficiels.

Bien que cette observation paraisse au premier abord banale, et de constatation clinique fréquente, certaines particularités méritent d'attirer l'attention.

Il y avait bien avant le résultat de la biopsie quelques

présomptions en faveur du cancer. L'âge de la malade, l'apparition des métrorragies après la ménopause, l'infiltration du cul-de-sac latéral gauche avec immobilisation de l'utérus sur ce point.

Mais tous ces signes avaient néanmoins besoin de confirmation par l'examen histologique, puisque l'aspect et la mollesse du col pouvaient faire penser plus tôt à une vieille métrite chronique.

D'autre part, la coupe microscopique, dit M. Rubens-Duval, n'intéressa qu'un des boyaux les plus superficiels.

On conçoit donc qu'une première biopsie faite, un petit peu plus bas, sur le museau de tanche aurait pu laisser de côté complètement la lésion néoplasique qui s'était développée chez notre malade non sur la partie vaginale du col, mais bien dans le canal intra-cervical.

Un toucher intra-cervical aurait sans doute donné quelque renseignement clinique.

Le hasard de cette biopsie, n'intéressant que la partie la plus superficielle de la lésion, fera comprendre la nécessité qu'il y a en cas de réponse négative d'une biopsie, à ne pas s'en tenir à un premier examen, mais à multiplier les prélèvements jusqu'à ce qu'aucun doute ne puisse subsister.

C'est de ces recherches consciencieuses quelles qu'en soient les difficultés que dépend l'avenir de la lutte entreprise partout contre le cancer de l'utérus.

Observation VI

Observation inédite prise dans le service de M. le Dr Siredey.

Épithélioma du col diagnostiqué cliniquement
Contrôle histologique par la biopsie

Mme B..., âgée de 39 ans, vient consulter pour des métrorragies durant depuis huit mois.

Antécédents héréditaires.— Mère morte d'un cancer de l'utérus à l'âge de 58 ans.

Dix frères et sœurs, huit sont morts, dont plusieurs de bacillose.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave.

Réglée à 15 ans.

Les règles avançaient toujours de quatre à cinq jours, à chaque mois, étaient douloureuses et d'une durée de huit jours.

Pertes blanches dans l'intervalle des périodes menstruelles.

Deux enfants à terme, le premier à 20 ans, le second à 22 ans.

Accouchements normaux, mais tous deux suivis de légères poussées d'infection puerpérale.

Début des symptômes.

Depuis trois ans, la malade a remarqué que les règles devenaient beaucoup plus douloureuses, la malade accusait, huit à dix jours avant leur apparition, des douleurs abdominales et lombaires, avec irradiations vers les cuisses et les jambes.

Depuis quelques mois, chaque menstruation était précédée d'un écoulement de glaires abondantes. Enfin depuis quatre mois, la malade avait remarqué que ces glaires étaient abondantes et striées de sang, mais sans odeur fétide. Elle n'a présenté qu'une seule fois, en février dernier, une métrorragie assez abondante

ayant duré dix-huit jours et ayant eu lieu au moment de la menstruation.

Toucher vaginal.

On sent tout autour du col une ulcération entourant l'orifice cervical comme une collerette.

Sur cette ulcération le doigt distingue un petit bourgeon au niveau de la lèvre postérieure. L'utérus est mobile, les culs-de-sac sont souples.

Le diagnostic porte cliniquement un épithélioma du museau detanche sans envahissement du paramètre.

Ce diagnostic est contrôlé par une biopsie faite le 15 octobre 1913. La malade est opérée le 17 octobre 1913 (hystérectomie abdominale par la méthode de Wertheim).

Biopsie le 15 octobre 1913. (Voir planches I et II).

On prélève un fragment du bourgeon de la lèvre postérieure du col.

M. le Dr Lemaire a pratiqué l'examen histologique. Il a eu l'extrême obligeance de nous communiquer la note suivante, dont nous le remercions très vivement.

Examen biopsique par M. le Dr Lemaire.

On voit sur la coupe une nappe de tissu néoplasique, constituée essentiellement par quatre ordres d'éléments :

1° Des cellules du type différenciée, dispersées sans ordre apparent, à noyaux polymorphes effilés ou arrondis, inégaux de volume et d'affinité colorante variable.

Quelques-unes possèdent un nucléole très visible.

On note çà et là quelques figures de karyokinèse anormale.

2° A la périphérie de cette nappe néoplasique, on

Cancer du col utérin du type pavimenteux.

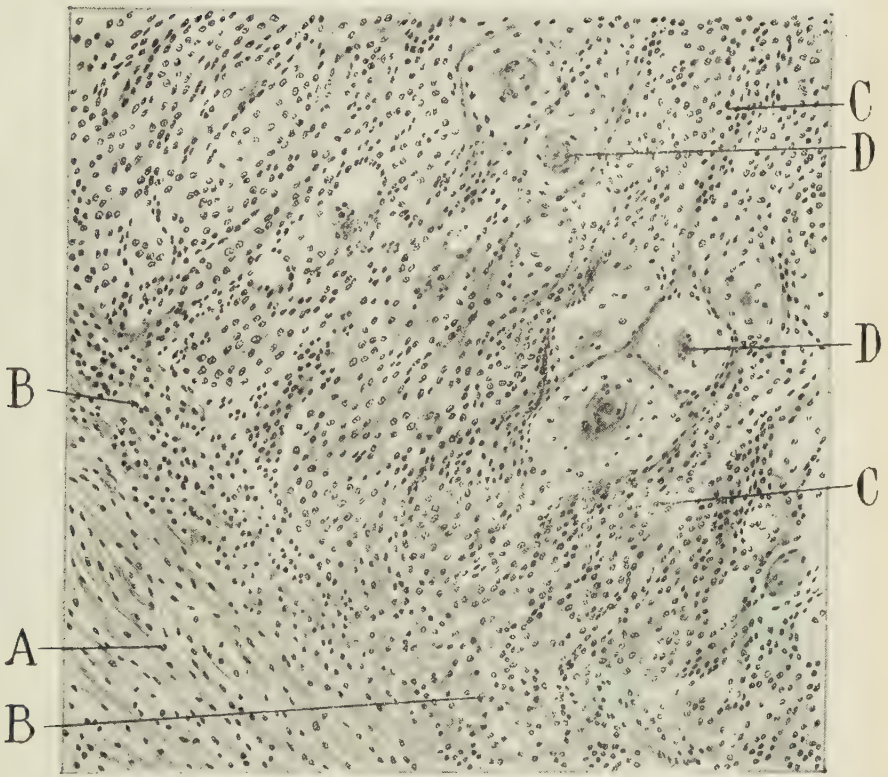
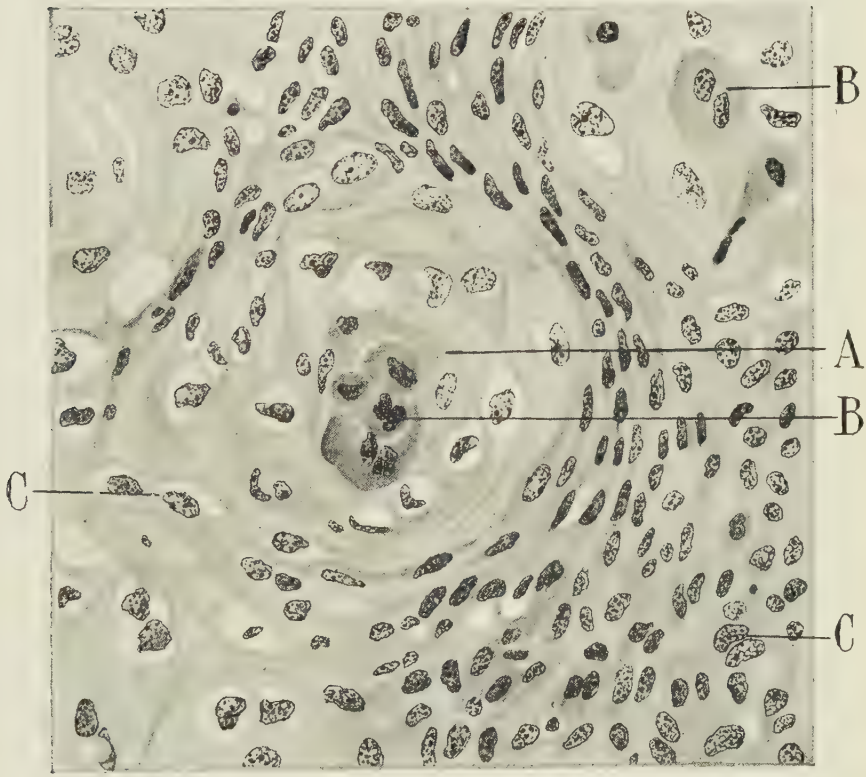


Fig. 1.

A. — Tissu utérin normal.
B. — Traînée de cellules inflammatoires.
C. — Tissu néoplasique.
D. — Globe corné.

Coupe vue à un faible grossissement.

Cancer du col utérin du type pavimenteux.



A. — Globe corné avec ses cellules érythrophiles en B.
C. — Cellules néoplasiques.

Même coupe vue à un fort grossissement.

trouve quelques îlots de cellules de forme quadrangulaire, à noyaux polymorphes.

3° De rares globes cornés semblant semés au hasard dans la nappe néoplasique.

Parmi ces globes cornés, les uns sont de constitution parfaite, les autres en voie de désagrégation, effrités, apparaissent comme des cavités contenant des cellules ou des débris de cellules constitutives des globes cornés. C'est ce que l'on est convenu d'appeler des cellules en dyskératose.

On voit enfin de loin en loin des cellules isolées en dyskératose avec noyau multilobé et protoplasma éosinophilique. Ces cellules sont d'ailleurs très rares.

Pour être complet, ajoutons que sous cette nappe néoplasique, on voit des capillaires embryonnaires des lymphatiques, des traînées de lymphocytes et de plasmazellen.

Tel est le résultat de la biopsie faite le 15 octobre 1913.

La malade a été opérée le 17 octobre 1913 après cette confirmation histologique du diagnostic par le toucher vaginal de cancer du col de l'utérus.

Cette observation nous présente le type le plus courant des biopsies, venant contrôler un diagnostic, déjà cliniquement porté, de néoplasme utérin.

Elle montre la confiance que lui accordent actuellement les gynécologues, qui y recourent systématiquement, même lorsque la réalité de néoplasme est affirmée par le simple examen gynécologique.

Ainsi, il n'y a plus de doute possible. Et lorsque la

biopsie sera ainsi toujours pratiquée, la statistique des suites opératoires ne risqueront plus d'être faussées par la possibilité d'hystérectomies pratiquées par erreur pour des lésions non néoplasiqus, pour de vieilles métrites chroniques par exemple.

Observation VII

Observation de M. le Dr Siredey

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, mai 1913, page 283*)

Epithélioma du col. Diagnostic par la biopsie

Femme de 60 ans, qui a dépassé la ménopause depuis une dizaine d'années. Elle a depuis quelques mois des pertes de sang presque ininterrompues, sans douleurs, sans modification de l'état général.

L'examen local fait constater un utérus mobile, de volume un peu plus gros qu'à l'état normal.

Au toucher on sent un petit noyau dur sur le milieu de la lèvre antérieure à l'entrée de l'orifice.

Les culs-de-sac sont libres et souples.

Le spéculum montre la coloration rouge vif de cette même saillie qui est constituée par une tuméfaction un peu diffuse des éléments du col. On ne distingue pas le sommet accuminé comme il existe au niveau des kystes glandulaires.

On incise au bistouri le point suspeet.

Biopsie par M. Lemaire.

Examen histologique. — A un faible grossissement, on distingue deux zones : l'une d'apparence normale, l'autre envahie par des bourgeons de cellules épithéliales pavimenteuses strati-

fiées. Les cellules de la périphérie des bourgeons offrent le type des cellules de la couche basale.

L'axe des bourgeons est formé de cellules à type pavimenteux, ayant perdu leurs stries d'union.

On découvre, en parcourant plusieurs préparations, des globes épidermiques très nets, formés de cellules enroulées, prenant la coloration de la substance cornée.

Après l'opération l'examen a montré que le néoplasme, très limité au niveau du col, avait déjà pénétré en forme de coin dans l'épaisseur du parenchyme utérin et envahi la paroi du col sur une grande hauteur.

Observation VIII

Observation inédite de M. le Dr Savouré

Épithélioma du col. Diagnostic par la biopsie

Il s'agit d'une malade, âgée de 40 ans, qui vient consulter uniquement pour des douleurs lombaires légères.

Les règles étaient normales, et la malade n'accusait aucune perte de sang, même légère, dans l'intervalle des périodes menstruelles.

Rien de spécial en dehors de cela ; malgré cette négation presque absolue de symptômes du côté de l'utérus ou de ses annexes, le Dr Savouré jugea nécessaire de pratiquer un toucher vaginal.

Sur la lèvre postérieure du col, on sentait un nodule très dur, gros comme un pois, indolore.

Les culs-de-sac étaient parfaitement libres et l'utérus mobile.

La dureté du noyau du col rendait admissible l'hypothèse d'épithélioma au début, mais rien cliniquement ne permettait d'affirmer qu'il s'agissait bien d'un néoplasme.

Aussi la biopsie fut-elle jugée indispensable.

Biopsie pratiquée le 7 mai 1913. (Voir planche III).

Voici le résultat de cette biopsie que M. Savouré a eu l'obligeance de nous donner.

Sur la coupe, on distingue, très nettement, des globes cornés avec boyaux épithéliaux.

La conclusion s'imposait, il s'agissait bien d'un épithélioma du col.

Aussi M. Savouré pratiqua-t-il, le 10 mai 1913, une hystérectomie abdominale.

La malade a été revue au mois de novembre en très bon état.

Nous joignons à cette observation la reproduction d'une coupe histologique que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Savouré.

Voici donc une observation type qui montre, après tant d'autres, que l'examen histologique d'une lésion peut en fixer tout de suite la nature et permettre immédiatement l'hystérectomie, seule chance de salut pour les malades.

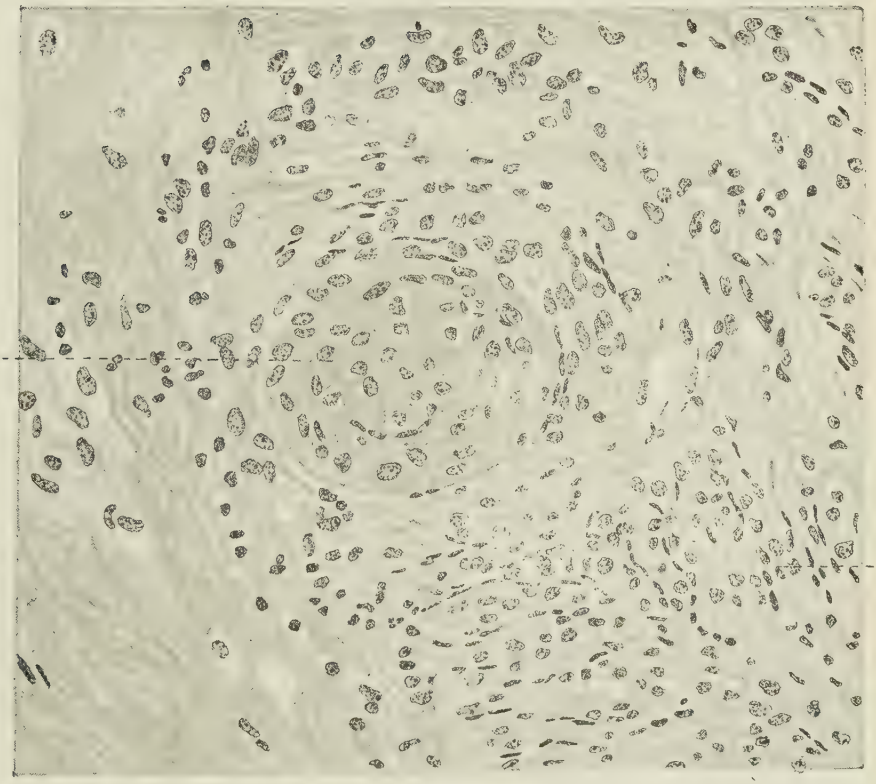
En pareil cas, sans le secours de la biopsie, on aurait hésité.

Un chirurgien peu interventionniste aurait ajourné l'opération et perdu ainsi le bénéfice d'un traitement précoce.

Un opérateur hardi aurait opéré.

Et, on le conçoit, on peut ainsi souvent enlever des utérus sains et faire courir aux malades les risques d'une intervention grave, pour une lésion bénigne.

Cancer épithélial pavimenteux.



A. — Epithélium superficiel du col (face vaginale).
B. — Globe épithélial pavimenteux.

LE CURETTAGE EXPLORATEUR POUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DU CORPS UTÉRIN

Le prélèvement d'un fragment d'une lésion intra-utérine ne peut être fait que par le curettage explorateur. Avant que cette méthode, aujourd'hui universellement recommandée, ait passé dans la pratique courante, elle a subi bien des attaques et a nécessité de chaleureux plaidoyers en sa faveur.

C'est que des adversaires convaincus ne lui trouvaient que des inconvénients. Ils craignaient des accidents, infections, hémorragies. Ils accusaient le curettage explorateur d'être un procédé de diagnostic souvent trompeur et infidèle ; et surtout le praticien timoré jugeait l'exploration utérine une opération en disproportion avec le symptôme banal en apparence qu'est une perte de sang anormale.

Aujourd'hui de pareilles craintes ne sont plus de mise.

Nous nous réservons de montrer que sous la condition que l'on respecte les lois de l'asepsie, le curettage est sans danger que si l'opérateur est patient et méthodique, c'est un procédé de diagnostic des plus utiles.

N'estime-t-on pas à l'heure actuelle une intervention exploratrice absolument justifiée en présence d'hématuries suspectes. Un léger subictère persistant ou récidivant, accompagné de quelques douleurs n'arme-t-il pas et à juste titre le bras du chirurgien ?

C'est précisément un des grands avantages de la sécurité acquise dans de pareilles observations de permettre d'aller voir de près une lésion à son début, de courir la chance de ne rien trouver, plutôt que de risquer de laisser évoluer, sans y remédier, un mal latent.

Aussi pensons nous qu'entre deux alternatives, il est bien préférable de faire un curettage inutile, que de méconnaître un cancer au début.

EXPLORATION INTRA-UTÉRINE

1° *Hystérométrie*

Longtemps avant le curettage, on avait coutume d'user de l'hystéromètre pour prendre une notion exacte des dimensions de l'utérus.

Nous ne contestons pas les services que peut rendre pour le diagnostic d'un cancer l'hystéromètre.

La cavité utérine est en général trouvée agrandie, meusurant 8, 10 jusqu'à 12 centimètres.

L'hystéromètre peut rencontrer une masse bourgeonnante, saillante, qui le fait dévier.

Ce signe peut s'ajouter aux données de la clinique, pour fortifier dans l'esprit du médecin l'idée du cancer.

Mais il faut bien avouer cependant, qu'ils sont au moins autant en faveur d'un fibrome sous-muqueux.

Ainsi l'hystérométrie est-elle une méthode tout à fait insuffisante et qui ne fait qu'accentuer les doutes.

2° *Toucher digital intra-utérin*

Dans sa thèse Tesson recommande le toucher digital. C'est une manœuvre, dont nous n'avons pour notre part aucune expérience.

On pratique cette exploration digitale, après dilatation suffisante du col, au moyen de laminaires ou de bougies de Hégar.

« Facilité par l'abaissement de l'utérus, dit René Tesson, le toucher intra-utérin peut être démonstratif. Les observations sont assez nombreuses où il a suffi, pour décider du diagnostic, que le doigt rencontre manifestement une tumeur volumineuse, qu'il arrive sur une paroi simplement bourgeonnante ou ulcérée, ce sera moins la différence de niveau qu'il devra chercher, que la sensation d'une induration limitée contrastant avec la souplesse normale. »

(Le cancer primitif du corps utérin. René Tesson. *Thèse de Paris*, 1902, page 67.)

Cette méthode, dont nous ne pouvons pas discuter les avantages, parce que nous ne l'avons jamais pratiquée donne une présomption en faveur du cancer.

Mais pour être décisive, elle doit être complétée par le curettage explorateur et l'examen histologique.

D'ailleurs, au doigt on peut confondre, un noyau

fibromateux sous-muqueux, un polype avec un néoplasme malin.

Une petite lésion, qui se cache dans un des angles de la cavité utérine, peut fort bien ne pas être sentie. Et c'est même probablement là ce qui se passe le plus souvent.

D'autre part, ne peut-on, poussant le zèle à l'excès découvrir un cancer, alors que le doigt ne rencoutrera qu'une muqueuse hypertrophiée de métrite ancienne ou même simplement des saillies de l'arbre de vie ?

Aussi de l'avis même du Dr Tesson « le toucher intra-utérin est donc un moyen infidèle, qui peut fournir un appoint utile à la solution du problème, mais sur lequel il ne faut pas compter d'une manière absolue ».

3° *L'hystéroscopie*

Nous allons dire quelques mots d'une méthode fort séduisante, dont nous n'avons encore aucune expérience personnelle, mais que nous nous proposons d'essayer dans la suite.

Il s'agit de l'hystéroscopie ou endoscopie utérine.

Ce serait certainement le procédé idéal, si une instrumentation parfaite permettait de le faire entrer dans la pratique courante comme il en est advenu pour la cystoscopie.

De nombreux gynécologues se sont préoccupés de cette question. Pantaloni, Leblond, Winter, Pichevin, Boisseau du Rocher et surtout Duplay et Clado ont tenté, sans succès d'ailleurs de vulgariser cette méthode.

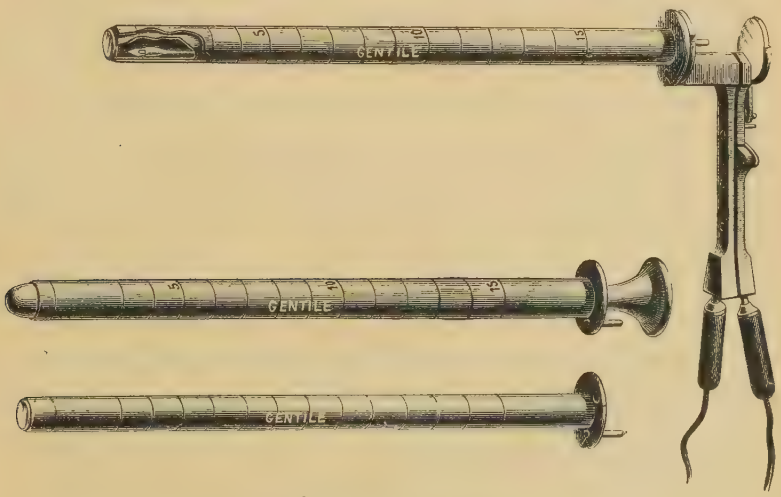
Leur échec tient sans doute à l'insuffisance de leur instrumentation.

Cogrel fit sa thèse en 1896 sur ce sujet.

Wilms défendit également cette méthode dans un article du *Centrablatt für Gynecol.*, 1898, n° 22.

Plus récemment enfin le Dr Charles David reprit la question avec une instrumentation nouvelle. Sa thèse de Paris, 1908 est un chaud plaidoyer en faveur de l'endoscopie utérine. « L'endoscopie utérine. Applications au diagnostic et au traitement des affections intra-utérine. Charles David. » *Thèse de Paris*, 1908.

Le Dr Charles David, avec une bienveillance dont nous ne saurions trop le remercier, a bien voulu, lui-même, nous donner quelques explications sur sa méthode.



Hystéroscope de Ch. David.

L'instrumentation, dont il donne le détail dans sa thèse et dans un article des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, « septembre 1908, pages 1 à 27 », avait

encore quelques inconvénients, les inconvénients que présente toute nouvelle instrumentation.

Le premier appareil du Dr Charles David est un hystéroscope à éclairage interne.

Un second appareil est actuellement en construction.

Il sera, nous dit M. Charles David, une heureuse modification du premier. C'est ce nouvel appareil que nous nous proposons d'essayer pour le diagnostic des affections intra-utérines avec le concours de l'auteur.

Cet explorateur à éclairage interne est basé sur les mêmes principes que l'urétroscope de Valen.

Mais il « diffère essentiellement de cet appareil en ce qu'il est fermé ». Nous avons en effet à lutter dans l'utérus contre un inconvénient qui n'existe pas dans l'urètre ou dans la vessie ; c'est la présence du sang, qui suinte toujours plus ou moins dans les utérus pathologiques que l'on est amené à examiner et qui vient gêner la vision en pénétrant dans le tube et en aveuglant la lampe. Aussi avons-nous remédié, dit M. le Dr Charles David, à cette difficulté en fermant, par une glace, notre tube hystéroscopique : les liquides intra-utérins ne sont dès lors plus génants, car l'expérience montre qu'ils ne peuvent suffisamment tenir la glace pour empêcher une vision des plus nettes ».

Cette méthode sera certainement appelée à passer dans la pratique courante, le jour où elle sera commode, le jour où l'on verra clair dans l'utérus. C'est le résultat qu'espère obtenir le Dr Charles David avec son nouvel hystéroscope.

De quelle utilité ne serait pas, en effet, un pareil instrument.

Il est bien évident que l'on ne saurait prétendre qu'il suffira à permettre un diagnostic exact dans tous les cas. Mais s'il permettait de voir la lésion quelle qu'elle soit, un grand pas sera fait pour la solution du problème.

Sous le contrôle de l'œil, comme dans les voies respiratoires, comme dans l'œsophage, comme dans la vessie ou l'urètre, on irait prélever un fragment d'une lésion douteuse.

Et cette biopsie, guidée par la lumière de l'hystéroscope ne saurait plus ce qu'elle est encore aujourd'hui, malgré toutes les précautions quelquefois infidèles, et toujours tâtonnantes.

Nous ne suivrons par le Dr Charles David dans toutes ses indications qu'il reconnaît à l'endoscopie.

Elle ne nous paraît pas utile comme moyen vérificateur après les curettages *post-abortum* ou *post-partum*.

Ici toute la muqueuse utérine saigne en nappe. Et il est bien probable qu'en pareil cas l'hystéroscopie ne permet pas de voir un débris de placenta oublié par la curette.

Il n'en est pas de même dans le diagnostic précoce du cancer du corps. Et si l'instrumentation donne ce qu'elle promet, nous approuverons les conclusions de M. Charles David « le diagnostic endoscopique de l'épithélioma du corps utérin, au début de son évolution, est certainement le chapitre le plus intéressant et le plus important, au point de vue pratique de l'histoire de l'hystéroscopie ».

De l'aveu même de l'auteur, le diagnostic en quelque sorte macroscopique par le simple examen visuel est impossible et l'on ne peut le plus souvent décider entre endométrite vaginale et cancer.

Aussi, pour compléter faut-il « au moyen d'une pince de Kollmann, saisir à travers le tube hystéroscopique ouvert, un petit fragment de la tumeur que l'on soumet à l'examen microscopique. »

Voilà donc, nous semble-t-il, le but idéal, que doit rechercher la méthode endoscopique : montrer la lésion, pour permettre une biopsie facile et non aveugle.

4° *Curettage explorateur*

Actuellement force est bien de faire un curettage à l'aveuglée. Mais ce curettage aveugle, si on le fait méthodiquement doit donner à peu près à coup sûr, un résultat exact.

Précautions préliminaires. — L'asepsie est ici de rigueur. L'opérateur court le risque, en péchant contre règle, d'allumer une infection quelquefois des plus graves.

Il faut dilater largement le col pour permettre le libre jeu de la curette dans la cavité utérine. La dilatation peut être pratiquée à l'aide de laminaires ou de bougie de Hégar. Nous avons déjà dit les raisons, qui nous font préférer les premières.

Mais ici l'anesthésie générale peut devenir nécessaire si la malade est pusillanime. D'ailleurs, l'anesthésie est préférable pour une exploration minutieuse de toutes les parois utérines.

Instrumentation. — Un spéculum, ou des valves. Une pince de Museux, un jeu de bougies de Hégar, des curettes tranchantes, de diverses grandeurs, constitueront l'arsenal indispensable.

Technique. — Après injection intra-utérine, le col est attiré avec la pince à mors de Museux. Puis la curette est introduite dans le col largement dilaté et systématiquement, elle va râcler toutes les parois utérines, sans négliger les angles ou le fond.

Les débris sont ramenés à l'orifice du col et introduits dans le flacon contenant le liquide fixateur.

Dans certains cas, l'aspect macroscopique du fragment fait tout de suite penser au cancer.

Conservation. Fixation. Coloration des fragments. — Le liquide fixateur variera avec les histologistes.

Nous insisterons de nouveau sur les notions, plus haut énoncées et que tout praticien doit connaître.

Si la pièce peut parvenir avant douze heures au laboratoire le mieux est de la mettre dans un flacon de verre propre et bien bouché.

Si, au contraire, le délai de douze heures doit être dépassé ; il est indispensable de la fixer. Il faut de toute nécessité rejeter l'alcool, que M. Rubens-Duval a montré être le plus déplorable fixateur. On emploiera de préférence comme fixateur le liquide Dominici.

Lendel recommande d'immerger les débris recueillis par le curettage, dans le Flemming pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. Puis les fragments, ainsi fixés, sont lavés à l'eau et inclus le plus rapidement possible, dans la paraffine.

La minceur des coupes, que l'on pratiquera est indispensable.

Lendel préconise la coloration avec une teinture d'aniline.

Suite du curettage et accidents. — L'infection mise à part, et dont on peut faire l'opérateur responsable, le seul accident qu'il y ait lieu d'envisager est l'hémorragie. L'hémorragie, que l'on ne peut prévoir, est dans quelques cas assez abondantes.

Aussi est-il bon de tenir les malades au lit quarante-huit heures après le curettage. Des injections chaudes seront instituées. Il est bien rare que l'on soit obligé de faire un tamponnement de la cavité utérine à la gaze stérile pour arrêter le sang.

Résultats donnés par le curettage. — Tous les auteurs, qui se sont occupés de cette question, sont maintenant unanimes à reconnaître l'utilité du curettage pour le diagnostic précoce du cancer utérin.

M. Siredey au VIII[e] Congrès de Gynécologie et d'Obstérique en 1912, s'est fait l'ardent champion de cette méthode. Il fut suivi dans cette voie et approuvé par MM. Hartmann et Pozzi, qui prirent la parole après lui.

Sous la réserve, avons-nous dit, que le curettage soit fait d'une façon méthodique, l'instrument explorant systématiquement toutes les parois de l'utérus, on ne passera pas à côté de la lésion sans en prélever un fragment. Ici cependant, plus encore que pour les biopsies du col, il faut savoir être patient dans les recherches.

L'histologiste doit couper en série les fragments jus-

qu'à ce qu'il ait trouvé la lésion. Et si un doute persiste il faudra faire un nouveau curettage et savoir passer outre les résistances de la malade ou de l'entourage.

Interprétation des coupes. — Le diagnostic microscopique ne doit être confié qu'à un histologiste compétent, histologiste de métier. Cornil et Brault croyaient autrefois (1888) que « le diagnostic histologique est facile à établir, quand on dispose d'un utérus entier. Si l'on n'a au contraire à sa disposition que des fragments de muqueuse obtenue par raclages, il faudra conclure à la-non existence d'un épithélioma que si les glandes peuvent être examinées jusque dans la profondeur » (Cornil et Brault. Société Anatomique, 1888).

Mais les choses ont évolué. Les perfectionnements des colorations et des coupes ont permis d'infirmer aujourd'hui cette assertion qui hier faisait loi.

Il est actuellement admis par tous que « la cellule cancéreuse porte en elle-même, quelle que soit sa situation des caractères distinctifs suffisants, quand on sait les mettre en lumière ».

Aussi n'est-il plus utile d'avoir en mains un gros fragment de la tumeur. Cela vaut mieux, mais cela n'est pas indispensable. Un histologiste exercé doit se contenter, faute de mieux, des débris que ramène la curette, et faire ainsi la diagnostic de dégénérescence maligne tout au début.

Observation I

Observation de M. le Dr Sirerey
De l'utilité d'un curettage explorateur pour le diagnostic précoce du cancer utérin. Par Siredey et Lemaire.
Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, n° 5, mai 1913, page 284

Cancer du corps de l'utérus. Diagnostic par le curettage explorateur, et l'examen histologique

« Femme de 59 ans. Salle Bichat. Ménopausée depuis sept ans. Excellente santé générale.

« Depuis cinq mois elle est sujette à des pertes de sang à peu près quotidiennement dont elle ne se préoccupe pas, parce qu'elles ne s'accompagnent d'aucune douleur. Son attention a été mise en éveil par une de ses nièces, infirmière du service, et c'est sur ses instances qu'elle est venue consulter.

« Les pertes sont peu abondantes. L'utérus de volume à peu près normal ne présente au toucher et au spéculum aucune lésion appréciable. Les pertes sont très abondantes, l'utérus de volume à peu près normal, ne présente au toucher et à la vue, aucune lésion appréciable. Les culs-de-sac sont souples et l'utérus a une mobilité parfaite.

On a quelque peine à décider la malade à se laisser dilater et curetter.

Curettage le 5 mars 1913. Examen histologique par M. Lemaire.

1° A l'examen des premières pièces qui avaient été faites on ne rencontra d'abord aucune lésion caractéristique. La muqueuse épaissie, présentait un développement exagéré des glandes qui paraissaient tassées, pressées les unes contre les autres avec des

bords repliés en divers sens, mais partout la membrane basale était intacte. Cependant à un fort grossissement, on constatait une prolifération un peu suspecte de l'épithélium glandulaire dont les cellules cylindriques formaient par place plusieurs couches superposées. En même temps on reconnaissait sur plusieurs noyaux des figures très nettes de kariokinèse réellement inquiétantes chez une femme de 59 ans.

« De nouvelles préparations furent faites, et sur quelques-unes d'entre elles apparurent des altérations beaucoup plus décisives. Plusieurs tubes glandulaires se trouvent accolés sans interpositions de membrane basale.

« Sur quelques points, on reconnaissait des îlots de cellules épithéliales métatypiques et sur un certain nombre de glandes on distinguait le passage entre les cellules épithéliales cylindriques normales, en prolifération active et les éléments cellulaires métatypiques, qui peu à peu commençaient à envahir le tissu interglandulaire.

« Ces éléments étaient constitués par de grosses cellules polymorphes, possédant un protoplasma chromatophile et un noyau irrégulier également chromatophile. »

Discussion. — L'intérêt de cette observation est double.

D'une part, seul le curettage pouvait permettre de faire un diagnostic ferme, étant donné l'insuffisance des présomptions que l'on pouvait retirer de l'examen clinique.

D'autre part, la lecture de cette observation montre que dans la pratique du curettage explorateur, tout comme la biopsie au niveau du col, il ne faut pas s'en

tenir à un premier examen s'il est négatif. Mais renouveler le curettage et l'examen histologique plusieurs fois jusqu'à ce que l'on ait obtenu un résultat positif ou la certitude de la bénignité de la lésion.

Dans le cas particulier, le premier examen n'avait rien donné, le second a établi d'une façon indiscutable la réalité d'un cancer du corps de l'utérus.

Observation II

Observation de M. le Dr Siredey

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Mai 1913, page 285)

Diagnostic d'un cancer du corps par le curettage explorateur et l'examen histologique

Femme de 77 ans qui présentait des métrorragies irrégulières. Curettage explorateur donne des débris peu abondants assez minces sans signification très précise.

Examen histologique par M. Lemaire.

Au faible grossissement, on aurait cru se trouver en présence d'un tissu inflammatoire très vasculaire, congestionné, où se trouvaient quelques alvéoles glandulaires à contours très irréguliers.

A un fort grossissement le tissu interstitiel présentait un aspect réticulé ; il renfermait de très nombreux mononucléaires et plasmazellen. Les alvéoles glandulaires étaient tapissées d'un épithélium cylindrique dont les cellules formaient plusieurs couches superposées.

A côté des cellules normales en prolifération excessive, on

rencontrait des cellules polygonales, dont les gros noyaux irréguliers présentaient des figures de karyokinèse. Au milieu même des amas de sang coagulé qui se trouvaient en plusieurs points de la préparation il était facile de reconnaître les minces cellules métatypiques indices peu contestables de l'existenre d'un néoplasme malin.

Discussion. — Voilà l'observation type de curettage explorateur donnant rapidement la confirmation du diagnostic cliniquement soupçonné.

Dans le service de M. Siredey, l'examen histologique après curettage est systématiquement, fait non seulement dans tous les cas douteux, mais aussi chez les malades chez lesquelles le cancer du corps paraît évident.

Observation III

Curettage utérin ayant permis de diagnostiquer un cancer du corps utérin au début

(La biopsie et ses applications à la pratique médico-chirurgicale, par le Dr Gustave Roussy. *Journal Médical Français*, 15 juillet 1913, page 284.)

Un médecin de province envoie une première fois au Dr Roussy deux ou trois petits fragments, produits de curettage utérin, fixés dans de l'alcool. Ce qui, avons-nous dit, est une déplorable pratique.

Il s'agissait d'une malade, âgée de 60 ans environ, et qui présentait des métrorragies. L'examen histologique des pièces extrêmement petites ne permet pas de trancher le diagnostic entre métrite hémorragique ou épithélioma.

M. Roussy demanda de nouveaux fragments, en insistant sur

la nécessité qu'il y avait de faire le prélèvements le plustôt possible. Un mois après environ arrivent au laboratoire les produits du curettage dans un flacon, contenant comme fixateur de l'eau, bouillie !

Malgré cela, grâce à l'emploi d'une fixation immédiate de quelques petits fragments non encore sphacélés, les pièces purent être utilisées.

A l'appui de cette observation, M. le Dr Roussy apporta une coupe montrant qu'il s'agit d'une « néoformation papillaire végétante prononcée, avec, à de forts grossissements, prolifération et monstruosités cellulaires assez visibles malgré les défauts de fixation, pour permettre de porter le diagnostic d'épithélioma papillaire cylindrique du corps de l'utérus ».

Cette observation est intéressante car elle montre qu'un premier curettage négatif ne doit pas être regardé comme absolument convaincant et fait rejeter le diagnostic de cancer.

Il faut le renouveler. D'autre part, on voit combien les notions essentielles de conservation des pièces sont méconnues des praticiens. Une première fois c'est l'alcool, qui est employé ; une seconde fois c'est l'eau bouillie.

CAS DANS LESQUELS L'EXAMEN HISTOLOGIQUE ÉTANT NÉGATIF IL FAUT SAVOIR PASSER OUTRE

Il est quelques cas rares dans lesquels, malgré la réponse négative persistante du microscope, il faut sa-

voir passer outre et opérer. C'est qu'en pareil cas le chirurgien a entre les mains trop de preuves cliniques pour ne pas conserver une arrière-pensée : métrorragies persistantes après la ménopause en particulier.

Les négations de l'histologiste ne tiennent pas en pareilles circonstances devant d'aussi fortes présomptions basées sur l'allure de l'affection. Le fait est d'ailleurs rare. Car le curettage répété plusieurs fois finit en général par apporter la preuve du cancer que l'on soupçonnait.

Voici un exemple frappant, que nous trouvons dans la littérature médicale et que nous rapportons pour bien démontrer que la confiance dans le curettage doit cependant s'effacer dans certains cas devant l'évidence des signes cliniques.

Observation IV

Cancer du corps de l'utérus. Diagnostic sans l'aide du curettage. Hystérectomie. L'examen de la pièce confirme le diagnostic clinique.

(Dr Pichevin. Curettage explorateur de l'utérus et hystérectomie. *Journal de médecine de Paris*, 30 mars 1912, n° 13.)

« Mme X..., âgée de 46 ans, réglée depuis l'âge de 12 ans 1/2 sans antécédents héréditaires de cancer.

« Deux enfants.

« Pas de fausses couches.

« Quelques années après la naissance du deuxième enfant, il y eut suppression des règles qui dura vingt et un jours, suivie d'une abondante perte de sang.

« Cette hémorragie fit penser à une fause couche.

« Trois ans après ce premier accident, la même perte s'est produite dans les mêmes conditions. Un an après cette deuxième hémorragie, il y a eu répétition des mêmes pertes.

« L'année dernière elle n'eut pas ses règles au bout de trois semaines, comme c'était habituel. Mme X... ne vit qu'au bout de cinq semaines.

« Le sang, raconte-t-elle, tirait sur le gris et sentait l'aigre. Elle tachait souvent son linge en gris rougeâtre. Quand elle se baissait, elle perdait en rouge. Cet état a duré cinq semaines.

« Elle eut ensuite des hémorragies utérines pendant deux mois et des accidents fébriles pendant dix jours.

« Le sang perdu était très rouge, mêlé de caillots. On dut faire deux tamponnements vaginaux. La malade prit de l'ergotine, des injections chaudes. Rien ne tarit l'hémorragie qui s'arrêta spontanément.

« De nouveau au bout d'un mois, le sang reparut, ce qui amena un état anémique prononcé.

« Un chirurgien consulté porta vaguement le diagnostic de polype utérin.

« Un curettage pratiqué à cette époque supprima toute perte de sang pendant trois mois.

« Puis de nouveau tous les troubles reparurent, hémorragies tantôt faibles, tantôt abondantes, irrégulières en un mot, entremêlées de pertes de liquides grisâtres.

« Lorsque le Dr Pichevin vit la malade, dont il raconte l'histoire, il fut frappé par son teint pâle un peu spécial. L'amaigrissement était très marqué, accompagné de pertes des forces et de l'appétit.

« L'odeur des écoulements vaginaux était une odeur fade très marquée à cette époque.

« *Examen gynécologique.* — Au toucher vaginal, le col fut trouvé normal.

« Le corps gros, arrondi, dur, était en bonne position.

« Après le toucher, le doigt souillé par un écoulement sanguinolent exhalait une odeur spéciale.

« A droite, on percevait un point douloureux à la pression, qui devait vraisemblablement être rapporté aux annexes de ce côté.

« Étant donné les hémorragies irrégulières, le volume et la dureté du corps utérin, le diagnostic porté par le Dr Pichevin fut cancer du corps de l'utérus.

« La conviction fut telle que, même si le curettage exploratateur qui n'a pas été fait n'eut pas confirmé le diagnostic, il aurait passé outre et aurait enlevé cet utérus suspect.

« Les signes cliniques étaient en faveur de la tumeur maligne du corps. La malade, pour différentes raisons, avait hâte d'être opérée, car elle avait le ferme dessin de se débarrasser de son utérus et ne pouvait perdre du temps.

« M. Pichevin ne fit pas le curettage.

« Une hystérectomie abdominale totale fut pratiquée.

« Un fait frappe tout d'abord : c'est la constatation d'un épanchement ascitique dans la cavité pelvienne.

« En outre, ovaire scléro-kystique assez volumineux à droite. Téguments larges en apparence tout à fait sans suites opératoires simples.

« *Examen macroscopique de la pièce.* — Il y avait en un point un épaississement manifeste, une dureté singulière du tissu.

« Mais il ne semblait pas qu'il pût être question d'épithélioma de la muqueuse.

« *Examen microscopique.* — La lésion porte exclusivement sur la muqueuse ulcérée en de nombreux points.

« Presque partout les glandes sont en prolifération manifeste, flexueuses, ramifiées.

« La petite saillie, macroscopiquement suspecte, correspond à une néoformation polypeuse, nettement inflammatoire.

« Par contre en un point on retrouve assez profondément dans le muscle trois culs-de-sac glandulaires, dont le revêtement est irrégulier et atypique, comme cela s'observe dans le cancer. Aussi convient-il de les considérer comme fortement suspects. »

Pour résumer cette observation, on peut dire que les présomptions en faveur du cancer étaient suffisamment fortes pour dicter l'opération immédiate.

Si, en pareil cas, le diagnostic microscopique est douteux, il faut passer outre ; c'est logique. Mais pourquoi négliger cette chance pour affirmer plus énergiquement à la malade la nécessité d'une opération.

Nous pensons donc que, en pareil cas, mieux vaudrait pratiquer de parti pris le curettage explorateur et intervenir ensuite malgré une réponse douteuse du laboratoire.

C'est dans ce sens que nous donnons raison au Dr Pichevin, lorsqu'il écrit : « Dans les cas douteux, il faut savoir passer outre. »

Là évidemment est la prudence.

Cependant ces cas, il faut l'avouer, sont rares et si l'urgence de l'opération n'est pas absolue, il faut savoir renouveler les explorations, multiplier les examens histologiques, faire patienter la malade, si l'on ne veut pas

enlever un utérus pour une simple métrite, ou instituer le traitement d'une métrite, alors qu'un cancer évolue.

Nous allons d'ailleurs voir dans les chapitres suivants la fréquence de pareilles erreurs, lorsqu'on ne veut pas se plier à la règle absolue de l'examen histologique de parti pris.

DE LA FRÉQUENCE DES ERREURS DE DIAGNOSTIC LORSQU'ON NÉGLIGE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE

Nous avons annoncé au début de notre thèse que nous nous réservions de montrer preuves en mains, c'est-à-dire par des observations cliniques bien établies, les unes inédites, les autres déjà publiées, la fréquence des erreurs cliniques.

Parmi ces erreurs, de nombreuses, fort heureusement, ont été redressées par l'examen microscopique qui a ainsi fait rejeter un grosse intervention inutile.

D'autres au contraire n'ont été reconnues qu'une fois l'hystérectomie pratiquée.

Et sans doute, beaucoup d'autres resteront toujours méconnues et seront étiquetées cas heureux de guérison par l'hystérectomie de lésions qui n'étaient probablement que des métrites.

C'est pour éviter à l'avenir de semblables excès, que nous nous élevons une fois de plus après tant d'autres contre l'opération à outrance, décidée sans preuves his-

tologiques sur de simples présomptions doublées du « flair clinique ».

Il est vrai qu'il est autrement grave de méconnaître un cancer que d'enlever un utérus non néoplasique.

On peut donc dire que deux sortes d'erreurs peuvent être commises :

On peut laisser passer un cancer sans en faire le diagnostic.

On peut étiqueter cancer une autre lésion.

Nous avons déjà montré pourquoi et comment on méconnaît un cancer un début lorsqu'on ne pratique pas systématiquement la biopsie à la moindre alarme, lorsque la biopsie est mal faite ou insuffisante.

Il nous reste à montrer quelques autres erreurs possibles, qui consistent à laisser passer un cancer coïncidant avec une autre lésion, fibrome par exemple, ou métrite.

Puis nous terminerons en signalant les affections, qui lorsqu'elles se présentent sous certains aspects spéciaux peuvent s'imposer pour un cancer.

I. — Coïncidence d'un cancer avec d'autres affections de l'utérus

a) *Le plus souvent il s'agit de la coïncidence d'un fibrome avec un cancer de l'utérus.*

Dans la majorité de ces cas, d'ailleurs assez rares, un cancer vient se greffer sur un utérus fibromateux.

D'où on le conçoit les difficultés spéciales que présente alors le diagnostic,

Le fibrome était connu depuis longtemps dans certaines observations.

A part quelques ménorragies ou métrorragies, il était assez bien toléré. Puis survint la ménopause sans autre accident ; les métrorragies cessent. Quelques années plus tard, elles reparaissent, sont de nouveau attribuées à l'affection première alors qu'elles sont maintenant d'origine néoplasique : un épithélioma s'est greffé sur le fibrome ou s'est surajouté à lui.

Ici sans curettage et sans examen histologique, l'erreur sera fatale. On méconnaîtra le cancer. Il faut bien être averti de cette possibilité. Car on conçoit qu'un premier curettage si l'on n'insiste pas, puisse apporter une réponse négative.

Dans d'autres observations, les circonstances sont toutes différentes.

Le fibrome n'est diagnostiqué qu'après la ménopause. Fibrome et cancer évoluent en même temps.

Mais étant donné l'âge de la malade les hémorragies survenant alors que la femme n'est plus depuis longtemps réglée mettront sur la voie ; éveilleront un doute et malgré l'apparence d'un simple fibrome le praticien prudent dilatera le col, et demandera un examen microscopique des débris ramenés à la curette.

Quoi qu'il en soit pareille éventualité n'est pas fréquente. Aussi croyons-nous devoir résumer ici trois observations que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale.

Observation I

Coïncidence de cancer et de fibrome de l'utérus

Observation de M. le Dr Siredey

De l'utilité d'un curettage explorateur pour le diagnostic précoce du cancer utérin

(Par MM. Siredey et Lemaire)

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, nº 5, mai 1913)

Cancer du corps de l'utérus. Diagnostic par l'examen histologique après curettage explorateur.

« Femme de 48 ans qui avait eu 6 enfants dont 4 vivants.

« Elle présentait depuis près d'un an des pertes de sang prolongées, tendant sans cesse à s'accroître.

« D'abord liées à l'époque des règles, elles laissaient un intervalle de huit à dix jours, sans aucun écoulement, mais dans les deux derniers mois, le sang n'avait jamais disparu complètement. D'une période à l'autre, même dans les moments les plus favorables, il persistait un léger suintement coloré.

« Cette femme fortement anémiée par ses hémorragies n'avait pas cessé de travailler jusqu'au moment où elle entra à l'hôpital.

« L'examen local fit constater chez elle un gros utérus régulier à parois lisses parfaitement mobile.

« La cavité mesurait 9 centimètres, le col ne présentait aucune lésion, les culs-de-sac étaient libres et souples. Le corps utérin un peu épaissi. Donc il donnait, en raison de sa régularité, l'impression d'un gros utérus scléreux.

« M. Siredey songeait à soumettre la malade à la radiothérapie.

« Mais la persistance un peu exagérée des métrorragies, laissait une vague arrière-pensée, on fit un curettage explorateur le 19 décembre 1911.

« Curettage explorateur.

« Les débris de la muqueuse semblaient à l'œil nu dépourvus de tout caractère inquiétant.

« Examen histologique par M. Lemaire. (Voir planches IV et V.)

« On constatait au microscope des aspects très différents, suivant les points examinés.

On trouvait :

1° Des îlots de muqueuse avec chorion normal, renfermant des glandes œdémateuses dont la membrane basale était bien conservée, mais l'épithélium cylindrique était disposé par plans, en plusieurs couches superposées tassées les unes sur les autres.

2° D'autres îlots de muqueuses contenaient des alvéoles ayant l'apparence de glandes mais tandis que les cellules cylindriques qui la tapissaient, avaient gardé leurs caractères normaux, on distinguait dans des couches superposées de nombreuses cellules atypiques, d'aspect polygonal, fortement colorées ainsi que leurs noyaux, en kariokynèse très active.

3° Sur d'autres fragments on constatait des productions papillaires constituées par un tissu réticulé très lâche tapissé d'un revêtement épithéliale formé de cellules en partie cylindriques et en partie métatypiques.

En résumé l'examen histologique affirmait la présence d'un cancer du corps de l'utérus Hystérectomie totale le 6 janvier 1912.

Examen des pièces.

En ouvrant l'utérus, on constate dans sa cavité, inséré sur le

Coïncidence de cancer et de fibrome de l'utérus.

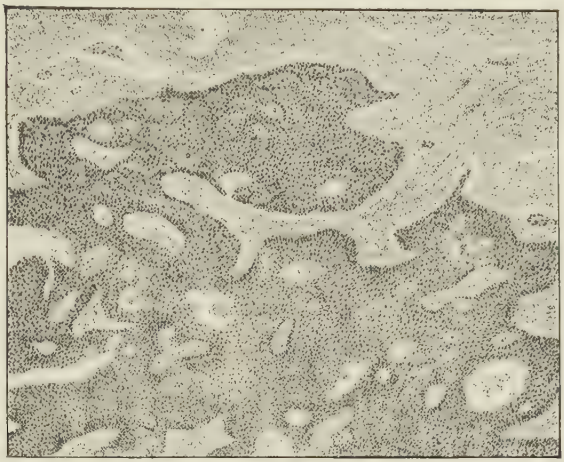


Fig. 1.

Epithélioma pavimenteux du col. Fragment enlevé pour biopsie. Prolifération épithéliale très active. Déformations cellulaires. Ebauche de globes épidermiques.

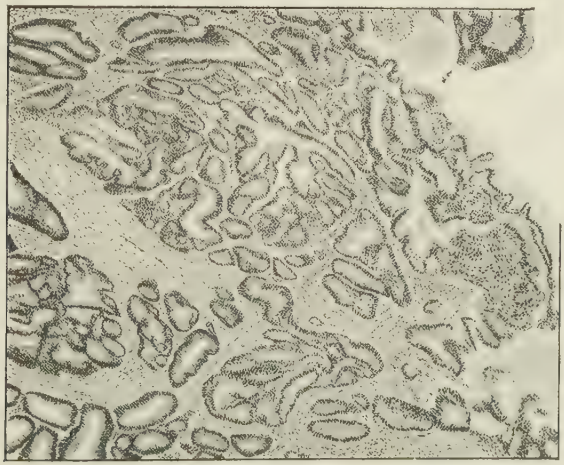


Fig. 2.

Epithélioma de la muqueuse utérine au début. Débris de muqueuse utérine provenant d'un curettage. Prolifération des glandes utérines. Glandes normales. Glandes avec plusieurs couches de cellules cylindriques et conservation de la membrane basale. Cellules métatypiques.

Coïncidence de cancer et de fibrome de l'utérus.

Fig. 3

Epithélioma de la muqueuse utérine. Débris de muqueuse utérine recueillis par curettage. Glandes normales. Glandes adénomateuses. Formations papillaires avec cellules atypiques.

fonds même de l'organe, un fibrome du volume d'une mandarine.

« L'examen le plus minutieux à l'œil nu ne faisait reconnaître aucune saillie, aucune production suspecte. La muqueuse régulièrement abrasée par la curette offrait à peu près partout le même aspect, et on cherchait en vain le siège du néoplasme épithélial que l'examen microscopique avait révélé.

« Des coupes furent faites en série sur toute la hauteur de la paroi du corps utérin.

« Sur la plupart des préparations, il fut impossible de retrouver des éléments suspects.

« Ce n'est que sur quatre ou cinq coupes que l'on peut constater de la façon la plus nette de petits groupes de glandes utérines en prolifération active, et dont quelques-unes renfermaient des cellules métatypiques.

« On ne rencontrait aucun élément suspect dans le myométrium.

« Le néoplasme se réduisait en réalité à quelques nodules sous-muqueux disséminés sur une surface très limitée et n'ayant pas encore envahi les régions voisines. Trois semaines après le curettage, on n'en pouvait distinguer aucun élément à l'œil nu, même en se livrant à une recherche systématique.

« Il ne semble pas qu'il y ait un exemple d'épithélioma, diagnostiqué et opéré de façon si précoce.

« Malheureusement, bien que l'opération se fût passée sans incident, que la malade n'eût pas présenté la plus petite complication dans les jours qui suivirent, elle succomba à une embolie le seizième jour, alors qu'on la considérait comme étant en bonne voie de guérison. »

Discussion. — L'observation qui précède est certainement l'une des observations les plus intéressantes que l'on relève dans la littérature médicale.

Comme l'affirme M. Siredey, « il semble qu'il n'y ait pas un exemple d'épithélioma diagnostique et opéré de façon si précoce ».

On voit dans l'histoire de cette malade que le curettage explorateur avait permis de porter le diagnostic de cancer du corps, et qu'à l'examen des pièces, le néoplasme n'est pas reconnaissable à l'œil nu. Bien plus, il faut faire des coupes en série pour le retrouver, et la plupart de ces coupes donnent des résultats négatifs ; quatre ou cinq seulement d'entre elles permettent d'identifier l'épithélioma. Il s'agissait donc d'une lésion maligne des plus superficielles et encore peu étendue en surface et que le curettage au cours de l'exploration avait eu la chance d'abraser presque complètement.

Ceci montre à quel point peut être délicat le curettage, et on connaît la nécessité de le répéter plusieurs fois, en cas de réponse négative du microscope.

Ce cas suggère à M. Siredey une autre réflexion.

Écoutons-le dans son article des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique :*

« On sait, dit-il, qu'il n'est pas rare d'observer le cancer de l'utérus à la suite d'hystérectomie subtotale, pratiquée pour des fibromes. Il est permis de se demander si, dans certains cas, l'épithélioma n'existerait pas déjà lors de l'opération.

« Il ne serait pas indifférent de faire précéder d'un curettage explorateur les utérus atteints de fibromes

utérins, dans tous les cas où la forme constituait des ménorragies ou, tout au moins, leur prolongation manifestement insolite pourrait laisser une arrière-pensée. »

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, n° 5, mai 1913, page 287.)

Chez la malade de M. Siredey, le diagnostic clinique était gros utérus scléreux, avec endométrite.

Certainement sans examen histologique point de diagnostic de cancer possible en pareil cas. D'autre part, en ouvrant l'utérus, on trouva un fibrome dont la partie toute superficielle avait dégénéré en néoplasme malin, puisque l'examen microscopique après curettage explorateur avait été très affirmatif sur ce point.

De l'histoire de ce cas si intéressant, M. Siredey tire la juste conclusion qu'en présence d'un gros fibrome utérin manifestant sa présence par des ménorragies continues et d'une durée insolite, il serait indiqué de faire un curettage explorateur.

Dans les deux cas, fibrome et cancer du corps, il faut pratiquer une hystérectomie, mais elle est urgente, s'il y a dégénérescence maligne ; elle peut être retardée dans le cas contraire.

En outre, la technique est différente. Pour le fibrome, il faut opérer plus largement suivant la méthode de Wertheim, universellement adoptée aujourd'hui. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que l'on trouve signalée la coexistence de fibrome et de cancer.

M. Cauchoix a présenté à la Société anatomique, le 9 juin 1905, une pièce provenant du service de M. Schwartz sur laquelle, on pouvait voir un épithélioma du col, s'ac-

compagnant d'un fibromyome du ligament large (Cauchoix. *Presse médicale*, 1905, page 373).

MM. Delval et Massard ont rapporté à la Société anatomique en mai 1912, un cas de cancer et de fibrome de l'utérus.

Bulletin de la Société anatomique, mai 1912, page 212.

Observation II

(Delval et Massard)

Cancer et fibrome de l'utérus

Mme L..., 53 ans. Entrée à l'hôpital pour des pertes de sang, qui durent depuis trois mois, réglée à 11 ans; a fait une grossesse normale, jamais de fausses couches. Il y a six ans que ses règles ont cessé. Depuis trois mois, elle perd un liquide roussâtre, sentant mauvais, et dont la mauvaise odeur a toujours été en s'accentuant.

« Les douleurs évoluent parallèlement aux pertes, avec pesanteur et tiraillement dans la région lombaire, et fréquente envie d'uriner, avec un amaigrissement notable. A l'examen ventre augmenté de volume, col ulcéré et fongueux, utérus mobile, gros caillot au museau de tanche. Sur la lèvre antérieure une végétation néoplasique sortant par l'orifice.

Opération. — 1° Curettage et désinfection du col;

2° Examen de la pièce.

Examen de la pièce. — En fendant l'utérus, on trouve le col et le canal cervical complètement envahi par le néoplasme.

Cette masse végétante a été détruite à la curette, et l'examen histologique de ce tissu a été fait.

C'est un fibrome parfaitement énucléable et séparé par une zone de tissus sains du néoplasme du canal cervical.

Il ne s'agit donc pas là d'une dégénérescence mais d'une coexistence de fibrome et de cancer.

Examen histologique. — C'est un épithélioma pavimenteux « formant de larges boyaux avec tendance à l'évolution lobulée.

« Les cellules centrales de ce boyau se différencient des cel- « lules locales, pour donner naissance à de pseudo-globes épi- « théliaux ».

Au dire des auteurs (MM. Delval et Massard) la coexistence du fibrome et du cancer est une découverte opératoire.

Et, ce fait est certainement regrettable, car le diagnostic de la coexistence avec le fibrome d'une néoplasie maligne est de nature à faire hâter l'intervention et à modifier singulièrement la technique.

Deux cas peuvent se présenter :

Ou bien il y a deux lésions nettement séparées. Fibrome et cancer comme dans le cas de MM. Delval et Massard.

Ou bien il y a dégénérescence maligne d'un fibrome sous-muqueux de l'utérus, comme dans le cas de M. Siredey.

La conclusion naturelle est la détermination même de l'idée émise par M. Siredey qui préconise le curettage et l'examen histologique en présence des fibromes à évolution douteuse.

Chaque fois, en un mot, qu'on aura « une arrière-pensée » (pour employer l'expression de l'auteur) sur la

possibilité d'une transformation néoplasique ou d'une coexistence d'épithélioma avec un fibrome il faudra s'efforcer d'éclaircir le doute légitime par l'exploration à la curette et le contrôle du microscope.

Observation III

Cancer du corps de l'utérus avec noyaux fibromateux du col et du corps de l'utérus
Diagnostic clinique. Fibrome sous-muqueux

(Pakowsky. *Société anatomique*, 8 décembre 1912, page 376.)

Mme O..., 40 ans, entre le 8 novembre 1912 pour des métrorragies, datant de trois mois, et continuant depuis cette époque. Constituées de sang rouge, sans caillots et sans odeur, parfois cependant le sang est mélangé de glaires. Jamais il n'y a eu d'expulsion de débris d'aucune sorte.

En même temps pesanteur dans tout le bas-ventre et tiraillement dans les reins. Rien de particulier dans les antécédents.

A noter que toujours les règles ont été normales.

Tout fait donc penser à un fibrome banal.

Examen gynécologique. — Au toucher on sent un utérus gros mobile. Le col est mou. Cependant on perçoit nettement sur la face antérieure un noyau dur de la grosseur d'une noix.

On fait le diagnostic : Fibrome sous-muqueux peut être en voie de sphacèle.

Opération le 12 novembre. — Le corps utérin est gros, friable et mou.

M. Marion fait une hystérectomie sobtotale. Mais le corps est à peine incisé que l'on voit sortir du mucus néoplasique. On totalise immédiatement l'hystérectomie.

Suite normale.

En ouvrant l'utérus on constate que toute la cavité est envahie par des bourgeons cancéreux très friables. De-ci de-là on trouve des noyaux fibreux.

Cette observation montre une fois de plus la nécessité en pareil cas d'une exploration endo-utérine suivie de biopsie.

L'auteur M. Pakowski conclut en parlant de la rareté de la coïncidence du cancer et du fibrome de la difficulté du diagnostic précis en pareil cas.

Mais il oublie que le microscope eut rendu ce diagnostic exact, et fait varier l'intervention. Un Wertheim aurait été pratiqué et non une subtotale, qu'on fut obligé de transformer en totale.

Le diagnostic y aurait gagné en précision et l'opération en rapidité et en sécurité pour l'avenir.

b) *Coïncidence du cancer et de la métrite chronique.*

Pareille coïncidence est un fait d'observation banale.

Et nous avons déjà dit combien on peut être hésitant, à juste titre, en clinique quand il s'agit de décider d'une intervention.

Même, coupes en mains, l'histologiste peut ne pas conclure. Il y a en effet une période de cancérisation difficile à saisir. Ce stade précancéreux, dont les Allemands font le premier signe de la transformation maligne, laisse quelquefois le spécialiste hésitant. En pareil cas, s'il s'agit d'une femme âgée, qui présente des mé-

trorragies anormales, pouvant faire penser à un cancer du corps, ou si le toucher décèle un corps dur, gros, déformé, chez une malade âgée, il faut savoir passer outre les scrupules que font naître la réponse douteuse du laboratoire et opérer plus largement. C'est plus prudent.

Ceci nous amène naturellement à parler des erreurs de diagnostic entre cancer et métrite.

II. — De la fréquence des erreurs cliniques qui consistent a prendre une métrite chronique pour un cancer.

C'est là l'erreur la plus souvent commise et on peut le dire dans un sens ou dans l'autre suivant le tempérament du médecin. L'interventionniste en cas de doute penche immédiatement pour le cancer. Le chirurgien timoré temporise.

L'une et l'autre pratique sont également déplorables, il est impardonnable actuellement de laisser le problème en suspens, sans pratiquer la biopsie qui la trancherait presque à coup sûr.

Rappelons ici ce mot de M. Darier : « Il y a des cas véritablement nombreux en pratique où la biopsie s'impose comme un devoir du médecin vis-à-vis de son malade. »

Et on peut le dire, les affections de l'utérus sont le type même des cas dont parle Darier.

a) *Les erreurs dans les cas de métrites cervicales.*

Ce sont surtout les formes anciennes, chez des vieilles femmes. Tantôt le col gros, irrégulier dur par place présente une légère exulcération.

Dans d'autres cas, il s'agit de métrites villeuses, avec productions exubérantes.

La première forme fera penser à l'épithélioma ulcéreux ou à la variété infiltrée.

La deuxième forme en imposera quelquefois pour un bourgeon cancéreux au début. L'erreur est d'autant plus facile que sur de pareilles lésions peut évoluer une transformation néoplasique.

Aussi même lorsque l'examen histologique aura affirmé très nettement la nature bénigne de l'affection, devra-t-on surveiller de près la malade et faire au besoin de loin en loin une biopsie pour s'assurer que rien n'a changé.

Observation I

Observation inédite de M. Jean-Louis Faure

Métrite cervicale prise cliniquement pour un épithélioma du col et diagnostiquée grâce à une biopsie

Mme R... présentait à l'examen au spéculum une ulcération du col, placée sur la lèvre antérieure au niveau de l'orifice externe du col. Cette ulcération avait tout à fait l'aspect d'un épithélioma au début.

On fait une première biopsie aux ciseaux, la réponse est négative.

M. J.-L. Faure pensa que la première biopsie était insuffisante, car l'ulcération conservait le même aspect et permettait de douter encore de sa nature.

Aussi fit-on une nouvelle biopsie qui donna également un résultat négatif. Il ne s'agit donc pas d'un épithélioma.

La malade est renvoyée chez elle après cautérisation.

Résultats de la biopsie. — M. Jean-Louis Faure a eu l'extrême obligeance de nous donner le résultat de deux biopsies faites l'une le 8 novembre 1913, l'autre le 16 novembre 1913.

Nous joignons à l'appui de cette observation la reproduction d'une coupe histologique. (Voir planche VI.)

Epithélium de revêtement absolument normal.

Basale normale.

Glandes revêtues d'un épithélium normal reposant sur une basale nette.

Culs-de-sac glandulaires très profonds et très ramifiés, se dilatant de place en place en kystes nombreux : les uns volumineux, de formes très tourmentées et remplis de mucus. La plupart petits.

Vaisseaux très nombreux, de tout calibre, donnant à certains fragments un véritable aspect angiomateux.

Ces vaisseaux, gorgés de sang, ont une paroi nettement différenciée, mais qui semble se borner à un endothélium. Ils sont surtout abondants immédiatement sous l'épithélium.

Tout le tissu conjonctif est infiltré de cellules lymphoïdes très nombreuses, s'agglomérant en certains points sous forme de véritables nodules.

Tous ces éléments, glandes, vaisseaux, cellules lymphoïdes

Métrite cervicale.

A. — Glandes hypertrophiées.
B. — Vaisseaux.
C. — Infiltrations lymphoïdes.
D. — Epithélium.

sont plongés au sein d'un tissu fibreux très dense hyperplasique, qui rappelle avec les néo-vaisseaux, la structure de certains papillomes.

L'intérêt de cette observation est considérable à deux points de vue.

D'abord le service rendu, par la biopsie, à la malade et au chirurgien est manifeste : la clinique affirmait presque indiscutablement le diagnostic du cancer du col au début. En pareil cas les moins hardis n'hésitent pas à pratiquer d'urgence une hystérectomie. La prudence la plus élémentaire dicte une pareille conduite. Ce serait une faute grave que d'attendre de l'évolution une affirmation plus nette de la nature de la lésion.

La biopsie en tranchant la question apparaît alors comme un moyen de diagnostic indispensable, auquel il faudra faire appel toutes les fois qu'il y aura place pour un doute.

Le second point intéressant, c'est que malgré la première réponse négative, M. Jean-Louis Faure jugea bon de faire un second prélèvement pour contrôler le résultat du premier.

Il est, en effet, actuellement admis que dans les cas difficiles il ne faut pas se contenter d'une seule biopsie, mais en faire successivement deux ou un plus grand nombre, si on le juge nécessaire.

Ce sera pour nous l'occasion de rappeler qu'on a pu affirmer au second ou au troisième examen histologique la réalité d'un épithélioma qui avait été nié après une première biopsie.

Observation II

Observation inédite de M. Jean-Louis Faure

Diagnostic clinique. Cancer du col de l'utérus. Biopsie négative. Grossesse consécutive.

Mme Th..., âgée de 42 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Cochin pour être opérée d'un néoplasme du col utérin.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer du sein à 49 ans, après 3 opérations successives.

Père mort de pneumonie.

Sœur morte des suites de couches.

Frère aîné mort de bacillose pulmonaire.

Antécédents personnels. — La malade a eu 7 enfants dont 3 vivants et 3 morts immédiatement après accouchement. La malade a été réglée à 15 ans et toujours régulièrement jusqu'au 10 avirl 1913.

Mais depuis six mois environ, elle présentait dans l'intervalle des périodes menstruelles des métrorragies abondantes qui n'avaient rien de fixe ni dans leur durée et leur abondance, ni dans leur moment d'apparition.

Ces pertes rouges étaient accompagnées de douleurs lombaires sourdes, entrecoupées de paroxysmes.

Tels sont les troubles accusés par la malade à son entrée à l'hôpital Cochin au mois de juillet.

Examen gynécologique le 12 juillet 1913.

L'utérus est en position normale mais volumineux.

Le col, au niveau principalement de sa lèvre postérieure paraît bourgeonnant. Le cul-de-sac postérieur est empâté et très douloureux.

Métrite cervicale.

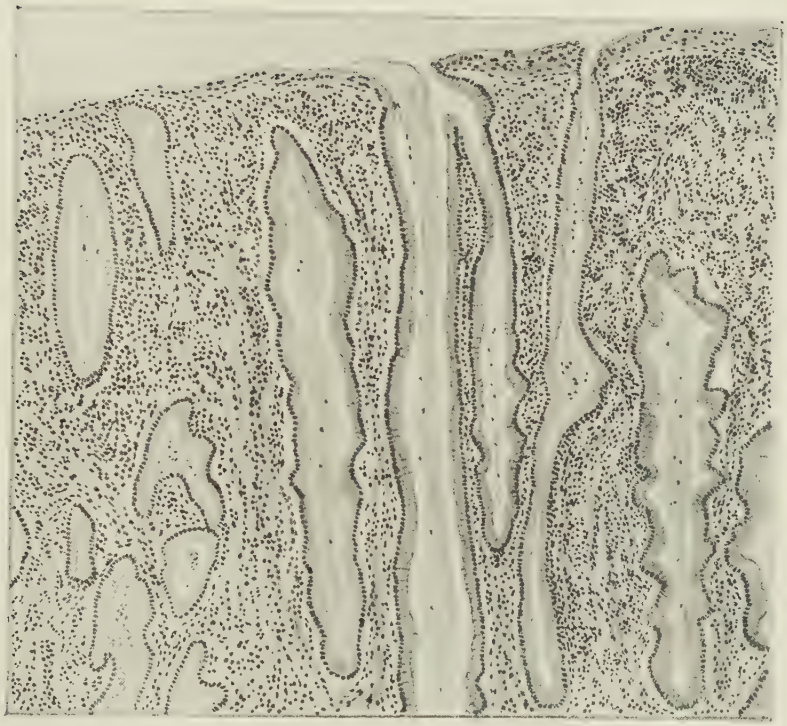


Fig. 1.

La sensation, de ce col, à la fois bourgeonnant et dur, joint à ce fait, qu'il s'agissait d'une malade de 49 ans, présentant des métrorragies, fit porter le diagnostic clinique de cancer du col.

Examen biopsique. — Une première biopsie donna une réponse négative.

Une deuxième biopsie permit de rejeter définitivement l'idée de cancer pour le diagnostic de métrite banale.

Sur les coupes que M. J.-L. Faure a bien voulu nous confier et que nous reproduisons ici on peut voir : (Voir planches VII et VIII).

1° Une infiltration embryonnaire très marquée, des zones sous-muqueuses ; cette infiltration permettait à elle seule pour les histologistes allemands d'affirmer une métrite cervicale ;

2° Il n'y a aucune altération des cellules de l'épithélium de revêtement et de l'épithélium des glandes ;

3° Les glandes sont très hypertrophiées et bourrées de mucus. L'orifice de beaucoup d'entre elles est obturé, ce qui explique le grand nombre de kystes que l'on voit dans la préparation.

La malade est sortie de l'hôpital le 15 juillet 1913.

M. Jean-Louis Faure nous a fait connaître cette observation et nous a priés de rechercher cette malade, en raison de l'intérêt que présentait ce cas si spécial, nous avons fait de multiples recherches pour retrouver M^me^ Th... et nous avons eu la chance de pouvoir ainsi compléter par un fait nouveau l'histoire clinique très instructive de cette malade.

Mme Th... est en effet actuellement enceinte de huit mois.

M. Jean-Louis Faure pratiqua le 16 janvier 1914 un examen au spéculum et un toucher vaginal.

Le col est bourgeonnant, très vasculaire de consistance très molle et saignant au moindre contact, son aspect rappelle celui qu'il présentait en juillet 1913, mais il est plus mou.

Discussion de cette observation.

En résumé il s'agit dans cette observation d'une erreur clinique redressée par la biopsie.

Il y a dix ans de cela, on aurait conclu formellement à un cancer du corps et l'on aurait pratiqué l'hystérectomie.

Or si l'on a suivi l'histoire de cette malade, on a vu que non seulement l'examen histologique a permis de conserver l'utérus, mais encore que dans la suite Mme Th... est devenue enceinte.

Dans le service de M. Jean-Louis Faure on pratique systématiquement la biopsie, même lorsque le diagnostic paraît ne prêter place à aucun doute.

Dans le cas particulier, qui nous occupe, on en conviendra sans peine, cette manœuvre a été fort opportune.

Ce n'est pas un mince service que d'éviter à une malade les risques d'une grosse opération inutile et de lui permettre d'avoir encore des enfants.

En outre si nous n'avions pas connu l'histoire clinique de notre malade, la revoyant le 16 janvier en cours de grossesse nous aurions certainement pensé avec exa-

men du col de l'utérus à la possibilité d'un néoplasme. Col bourgeonnant et saignant, au moindre contact. Mais il n'en est rien, il s'agit toujours de lésions de métrite banale.

Cependant la coïncidence de grossesse et de cancer du col a été quelquefois observée. M. Brindeau en a rapporté un cas qui peut servir de type (M. Brindeau, Société d'Obstétrique, 15 décembre 1910).

Il s'agissait d'une femme, enceinte de deux mois ayant une ulcération cervicale avec induration du col.

Une biopsie, ayant démontré, qu'on était en présence d'une lésion néoplasique, M. Brindeau pratiqua avec succès une hystérectomie totale.

Ce cas est à opposer à celui de M. J.-L. Faure.

L'évolution d'une grossesse n'interdit pas la possibilité du développement d'une néoplasie maligne. Mais on comprend combien on serait embarrassé sans le secours de la biopsie.

Une décision en pareil cas serait bien délicate à prendre sur les seuls signes fournis par le toucher ou par l'examen au spéculum. Et ce n'est pas sans de légitimes hésitations que l'on se résignerait à l'abstention ou que l'on interromprait la grossesse pour pratiquer l'hystérectomie. Sans biopsie, le tempérament du chirurgien serait seul juge en pareil cas.

Observation III

Observation de M. le Dr Siredey

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1913)

Métrite banale prise cliniquement pour un cancer. Diagnostiquée par la biopsie

« Femme de 52 ans, qui présentait des hémorragies profuses.

« Au toucher vaginal, sur le milieu de la lèvre antérieure du col, on sentait une saillie du volume d'une cerise.

« Au spéculum, cette saillie avait une couleur d'un rouge intense.

« Sensible au contact du doigt, ce nodule saignait facilement.

« La malade se plaignait de douleurs assez vives dans le bas-ventre et sur les côtés de l'utérus rétrofléchi.

« L'utérus était mobile.

« Malgré cela « il était assez difficile de se défendre d'une arrière-pensée qu'accentuait la mauvaise apparence de la malade ».

« Biopsie.

« Cette saillie suspecte fut enlevée.

« *Examen histologique.* — Il s'agissait de simples lésions de métrite banale, sans aucune tendance à la prolifération épithéliale. »

Discussion. — Ici la biopsie négative a présenté le gros intérêt de dissiper les doutes, d'affirmer la bénignité du pronostic et d'arrêter la main du chirurgien, que la clinique sans contrôle histologique aurait certainement armée.

Observation IV

Métrite cervicale prise pour un cancer. La biopsie permet d'affirmer métrite cervicale

(Marcel Labbé. Société anatomique, juillet 1909, page 435).

« Femme de 45 ans, ayant un gros col mamelonné par des petits kystes avec un écoulement un peu jaunâtre et légèrement fétide. Pas de métrorragie.

« Au spéculum, la muqueuse du col présente les signes d'une irritation chronique ancienne caractérisée par la présence de grandes cavités kystiques tapissées par un épithélium cylindrique et gorgé de leucocytes, par un épaississement très notable par places.

« Enfin par un épaisissement des glandes cylindriques du col, remarquable par la disposition irrégulière de leur épithélium pavimenteux, tendant à former des glandes épidermiques.

« Il faut noter enfin la vascularisation très accusée d'un certain nombre d'épithélium de ces colonnes péricanaliculaires, la formation des géodes remplies de leucocytes polynucléaires. Le corps de la muqueuse contient de très nombreux leucocytes infiltrés dans le tissu interstitiel.

« Le tissu conjonctif qui entoure les glandes du col est lui-même infiltré de leucocytes. »

M. Letulle a observé un col absolument semblable. La muqueuse présentait des colonnes d'épithélium pavimenteux dont les éléments qui doublaient les glandes du col étaient bouleversés par des quantités de leucocytes.

Il fut également impossible de trouver des preuves certaines de la transformation néoplasique maligne.

b) *Les erreurs dans les cas de métrite du corps de l'utérus.*

Combien de fois le cancer du corps de l'utérus n'est-il pas méconnu, mais combien de fois aussi n'aurait-on pas tendance à enlever un utérus simplement atteint de métrite sénile. Nous avons déjà montré tout l'intérêt que l'on doit attacher à l'exploration intra-utérine, suivie du curettage et de l'examen histologique.

Rien mieux que des observations cliniques ne montrera l'importance de ces faits.

Observation I

Observation de M. Siredey

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1913, page 288)

Métrite hémorragique douteuse. Diagnostic par le curettage explorateur et l'examen histologique

Femme de 43 ans, très mal réglée habituellement, présentait depuis six semaines des hémorragies peu abondantes, mais d'autant plus inquiétantes qu'elle avait été opérée quelques années auparavant d'un cancer du sein.

Un curettage mit fin aux pertes de sang.

Examen des débris. — L'examen des débris très soigneusement fait par M. Lemaire, montrait une disposition absolument normale des glandes et de l'épithélium de la muqueuse.

Discussion. — Les deux observations précédentes qui ont donné un résultat négatif au microscope après curettage explorateur montrent bien quelle importance M. Siredey attache à ce contrôle du diagnostic clinique. Dans ces deux cas particuliers, bien des cliniciens n'auraient même pas songé à la nécessité de cette manœuvre. Et cependant ce n'est qu'en l'appliquant systématiquement à tous les cas douteux que la biopsie donna les beaux succès que l'on est en droit d'attendre d'elle et l'on ne saurait trop publier à côté des résultats positifs, les résultats négatifs, qui sont tout aussi instructifs en pratique.

Observation II

Observation de M. Siredey

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, page 288, mai 1913)

Endométrite douteuse. Diagnostic par le curettage explorateur et l'examen histologique

Malade âgée seulement de 42 ans. Pâle, d'aspect cachectique, épuisée par des métrorragies incessantes qui duraient depuis plusieurs mois sans avoir été précédées par un retard des règles.

Au toucher, l'utérus présentait un volume normal.

Son col petit, dur, était fermé, mais au moment même de l'examen on voyait le sang s'en échapper avec abondance par un orifice étroit. La malade fut dilatée, curettée et on retira une assez grande quantité de débris, formés de petites masses végétantes de mauvais aspect.

Examen histologique. — Il s'agissait de lésions simples de métrite villeuse, sans aucun caractère suspect.

Les hémorragies disparurent à la suite du curettage.

Observation III

Endométrite diagnostiquée cancer. Diagnostic par le curettage explorateur

(Thèse de David. *La biopsie, son utilité en clinique.* Thèse de Paris, 1907)

« Mme X..., 55 ans, a cessé d'être réglée il y a cinq ans. Depuis quelques mois elle a maigri, a complètement perdu l'appétit. Teint jaune faible. En même temps sont apparues des douleurs abdominales, un écoulement incessant d'un liquide épais horriblement fétide, au point de rendre son voisinage absolument intolérable à son entourage.

« La malade est examinée par le Dr Picqué et le Dr Josias.

« Le diagnostic de cancer de l'utérus est porté malgré que la matrice soit petite, mobile et le col sans lésion.

« Néanmoins avant de pratiquer l'hystérectomie acceptée par la famille, on veut avoir la confirmation histologique.

« Le col est dilaté à la laminaire. Au moment où on enlève la tige, un filet de pus sort de la matrice entraînant des fragments de la muqueuse.

« L'un de ceux-ci est examiné. La réponse du laboratoire est négative. On se contente de faire un curettage minutieux.

« La malade a été revue deux ans après. Son appétit est revenu. Son teint s'est modifié. Elle n'a plus aucune douleur dans le ventre. »

Endométrite prise pour un cancer. Diagnostic par le curettage explorateur

(Thèse de David, 1907)

« Mme X..., 54 ans. La ménopause remonte à cinq ou six ans. Elle exhale une odeur fétide, due à un écoulement incessant, dont elle se plaint depuis quelques mois.

« Comme elle ne présente aucun symptôme de cachexie, M. Picqué pensant avoir affaire à un fibrome sphacelé, la fait entrer à l'hôpital.

« A l'examen, l'utérus est volumineux, mais vide. Le col est entr'ouvert et fongueux. On porte le diagnostic d'endométrite chronique.

« Curettage explorateur. Examen d'un fragment de muqueuse enlevé à la curette demeure absolument négatif au point de vue du cancer.

« Un traitement local est entrepris (injections modificatrices, pansement à la glycérine créosotée).

« La malade est fortement améliorée, mais quitte l'hôpital avant sa complète guérison.

« Elle a été ensuite perdue de vue. »

Observation IV

Endométrite prise pour un cancer. Diagnostic par le curettage explorateur

(Thèse de David)

« Mme L..., âgée de 65 ans, n'a jamais eu de grossesse, n'a jamais fait de maladie.

« La ménopause s'est passée dans des conditions à peu près normales, il y a quatorze ans.

« Depuis trois mois environ est apparu un écoulement muco-purulent souvent mélangé de sang et très fétide.

« La malade souffre peu, mais a maigri, a perdu ses forces.

« Teint légèrement jaunâtre.

« *Examen gynécologique.* — Utérus mobile, peut-être un peu augmenté de volume ; col aminci et de consistance à peu près normale.

« A l'hystéromètre, la cavité endo-utérine agrandie mesure 7 cent. 1/2.

« Par l'orifice vaginal du col s'écoule un liquide sanieux, rose, horriblement fétide.

« *Curettage explorateur.* — Après dilatation, on détache à la curette une portion de muqueuse qui est examinée histologiquement. Le résultat négatif de cette biopsie permet d'entreprendre la désinfection de la cavité utérine ; ce que l'on obtient par un curettage soigneux suivie de tout pansement aseptique.

« La guérison est complète au bout de deux à trois semaines.

Les trois cas précédents se rapportent donc à des erreurs cliniques, redressées par des examens de laboratoire. L'évidence clinique du cancer est frappante dans ces trois cas. Femmes âgées, avec pertes fétides, sanieuses et sanguinolentes après la ménopause. Et malgré l'évidence on a poussé la prudence avec la raison, jusqu'au contrôle biopsique, ce qui a été pour le pronostic et le traitement une heureuse inspiration, dont ces trois malades ont largement bénéficié.

DES ERREURS POSSIBLES ENTRE CANCER ET TUBERCULOSE

Notre intention n'est pas de reprendre ici la description des différents aspects cliniques dans lesquels peut se montrer la tuberculose utérine. Nous voulons seulement insister sur quelques points spéciaux et rapporter quelques observations pour lesquelles le diagnostic avant la biopsie fut à juste titre hésitant entre cancer et tuberculose.

MM. Jean-Louis Faure et Desplats, et M. Deletrez de Bruxelles ont bien voulu nous donner quelques coupes très intéressantes à cet égard. Nous les reproduisons plus loin.

Quand on se trouve en présence d'un col ulcéré à surface anfractueuse, sanieux, à muqueuse éversée, on est souvent très embarrassé.

Cependant cette forme ulcéreuse de la tuberculose du col présente un signe clinique différentiel très net d'avec le cancer, c'est la souplesse des tissus qui avoisinent l'ulcération, tandis que toujours le néoplasme ulcéré repose sur une base mal limitée d'une dureté ligneuse.

Mais la forme végétante en papillaire est d'un diagnostic bien autrement difficile et on ne peut malgré l'examen complet de la malade, malgré toutes les présomptions, le trancher, du moins au début, que par la biopsie.

Observation I

M. le Dr Delétrez a publié en janvier 1908 une très intéressante observation de tuberculose du col de l'utérus.

M. le Dr Delétrez (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1908, n° 1, page 26).

M. Delétrez a eu l'extrême obligeance de nous autoriser à reproduire ici son observation et nous confier les clichés des coupes histologiques.

Nous donnons ici le résumé de cette observation accompagnée de quatre coupes histologiques à l'appui du diagnostic qui fut porté.

Observation de M. le Dr Delétrez

Chef du service de chirurgie et de gynécologie à l'Institut Chirurgical de Bruxelles

Tuberculose du col de l'utérus confondue cliniquement avec un épithélioma. Diagnostic de la tuberculose par la biopsie

« Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans.

« *Antécédents héréditaires.* — Aïeule morte de cancer utérin. Sœur opérée il y a quatre ans pour une péritonite tuberculeuse et actuellement en bonne santé.

« Aucune tare apparente chez les ascendants directs.

« *Antécédents personnels.* — La malade n'a jamais été réglée et n'a souffert aucunement de l'absence de la menstruation.

« Le seul symptôme observé consiste dans une leucorrhée très abondante depuis l'âge de 14 ans.

« Jamais aucune affection sérieuse, et jusqu'à ces derniers temps, toutes les apparencee d'une santé parfaite.

« *Début des symptômes.* — Depuis deux mois seulement, elle accuse de la perte de l'appétit, un amaigrissement assez marqué et une augmentation assez notable de la leucorrhée qui depuis quelques semaines est devenue moins purulente, mais sans être accompagnée du moindre écoulement sanguin.

« *Examen au spéculum.* — Le col utérin est volumineux et présente au spéculum l'aspect d'un champignon fongueux, ressemblant en tout point au cancer cavitaire de cet organe, les fongosités en occupant la portion vaginale et la muqueuse cervicale.

« Tels sont les termes même employés par M. Delétrez. »

En présence d'une semblable lésion et malgré le jeune âge de la malade (elle avait 21 ans), la ressemblance avec une néoplasie maligne en évolulion était telle que M. Delétrez porta le diagnostic clinique de cancer du col.

Biopsie. — En observateur prudent, il réclama ici malgré l'évidence apparente (si l'on peut s'exprimer ainsi) de son affirmation le contrôle de la biopsie.

Le Dr Gauthier pratiqua un examen microscopique d'un fragment prélevé sur le col.

Et la réponse du laboratoire fut tuberculose du col.

On ne trouve aucune trace de lésions de même nature, ni au niveau de l'appareil respiratoire, ni dans les autres régions.

Traitement. — M. Delétrez pratiqua une hystérectomie vagi-

nale (ce qui fut très facile étant donné la parfaite mobilité de l'utérus).

Suites opératoires. — Au moment où M. Delétrez publie son observation, la malade est opérée depuis six mois, elle est en parfaite santé et a repris son embonpoint habituel.

Examen microscopique des lésions internes. — Nous donnons ici la reproduction des clichés que M. Delétrez a bien voulu nous confier (Voir planches IX, X, XI et XII).

Les quatre préparations proviennent de la partie inférieure du col de la cavité utérine Toutes ces coupes présentent « de l'infiltration inflammatoire et de l'infiltration tuberculeuse avec ses cellules géantes et ses cellules épithéliales accumulées sous forme de foyer noduleux ».

« La coupe 1 provient de la partie inférieure du col, on y voit que l'épithélium stratifié est envahi par les leucocytes.

« La muqueuse elle-même épaissie est abondamment infiltrée, on y trouve quelques petits foyers hémorragiques, quelques points en voie de nécrose et quelques cellules géantes caractéristiques entourées de cellules épithéliales nombreuses. »

Les coupes 2 et 3 proviennent de lésions du corps de l'utérus lui-même.

Voici les points importants :

Les glandes cylindriques utérines (figure 2) y sont distribuées en assez grande quantité, séparées les unes des autres par des travées conjonctives d'aspect variable.

Dans leur voisinage se reconnaît l'envahissement tuberculeux, mais aussi dans les couches les plus profondes de la muqueuse et jusque dans la musculeuse elle-même où se trouvent des îlots nettement délimités (figure 3).

Ces îlots sont constitués à la périphérie par un tissu conjonc-

Tuberculose du col de l'utérus.

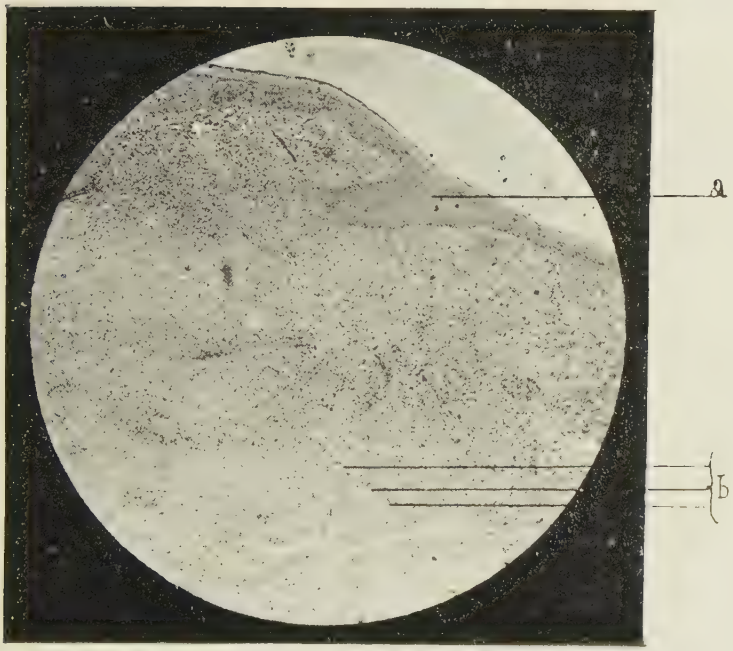


FIG. 1.

a) Epithélium pavimenteux du col.
b) Cellules géantes dans la muqueuse.

Tuberculose du col de l'utérus.

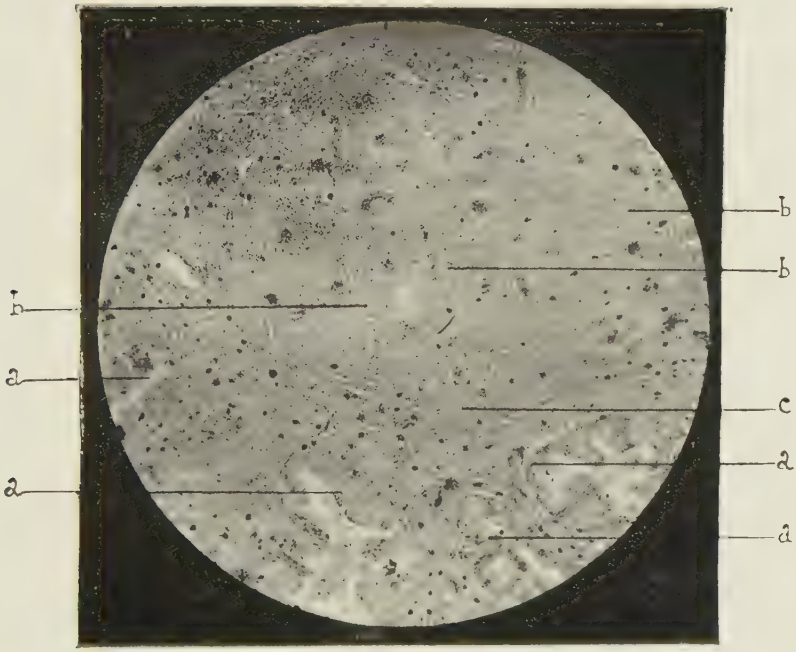


Fig. 2.

a) Glandes utérines.
b) Cellules géantes.
c) Infiltrations de lymphocytes.

Tuberculose du col de l'utérus.

Fig. 3.

a) Nodule tuberculeux.
b) Cellules géantes.
c) Fibres musculaires coupées longitudinalement.
c') Transversalement.

tif réticulé, très infiltré de leucocytes ; vient ensuite une zone un peu moins dense renfermant un grand nombre de cellules épithéliales et quelques agglomérations de lymphocytes.

La coupe n° 3 a été taillée au centre même des lésions du col utérin.

On y voit des cellules géantes typiques avec leur couronne de noyaux ovalaires disposés en rangées régulières périphériques et leur protoplasma complet se colorent à l'éosine.

De petits foyers nécrotiques se rencontrent également dans ces îlots.

M. Delétrez ajoute que « la recherche des bacilles a donné un résultat négatif ».

En dehors de sa rareté, cette observation présente un intérêt très particulier.

Ici les sièges cliniques étaient tous, sauf cependant l'âge de la malade en faveur du cancer.

Sans l'examen histologique, l'hystérectomie aurait été faite pour une prétendue lésion maligne, et les suites favorables auraient enrichi et faussé les statistiques post-opératoires de cancer de l'utérus d'un cas heureux non suivi de récidive.

Cette observation mettra une fois de plus, le chirurgien en garde contre une affirmation trop absolue sur les seuls caractères du toucher lorsque le diagnostic ne paraîtra ne faire aucun doute.

La malade qui nous occupe en ce moment n'aurait eu nullement à souffrir d'une erreur, puisque l'hystérectomie était aussi bien indiquée dans le cas de néoplasme que dans le cas particulier de tuberculose.

Mais la technique diffère avec chaque cas.

L'hystérectomie vaginale suffisante en cas de tuberculose, eut été déplorable si la lésion avait été cancéreuse.

Par suite, d'un bon diagnostic dépend en pareille circonstance, le bon traitement.

Et en outre ce qui n'est pas négligeable le pronostic était essentiellement lié ici à la réponse du laboratoire.

M. Delétrez, pouvait, preuves histologiques en mains, escompter une guérison complète, rassurer la malade et son entourage.

S'il avait négligé de faire appel au microscope il eut fait subir à son opérée une intervention plus grave (un Wertheim). Il eut fait certainement malgré la mobilité de l'utérus des réserves sur la possibilité d'une récidive rapide et aurait effrayé à tort les parents de la jeune fille, et eut laissé le chirurgien dans la crainte d'une propagation rapide.

On sait, en effet, quelle est la rapidité ordinaire de l'évolution du cancer chez les jeunes et quelle est la courte survie des opérées.

Il serait superflu d'insister plus longuement sur l'enseignement que tout praticien peut tirer d'une pareille observation qui enrichit la liste déjà longue des progrès dus à l'application systématique de la méthode de la biopsie au diagnostic des affections du col utérin.

Dans les *Archives expérimentales* de 1897, Vitrac rapporte un fait de tuberculose végétante du col utérin, qui présentait, à s'y méprendre, l'aspect d'un épithélium.

Mais les végétations en saillie sur le col ne présen-

taient pas, dit l'auteur, la même dureté que le cancer.

On conçoit qu'en pareil cas l'appréciation de la consistance plus ou moins dure ne suffise à faire rejeter le diagnostic de cancer. Il faut plus. Il faut l'examen histologique, qui dans le cas particulier révéla une infiltration de follicules tuberculeuses avec foyer œdématié et hémorragique, tandis que l'épithélium pavimenteux de recouvrement était à peu près intact.

Chaton (Tuberculose du col de l'utérus. *Presse médicale*, n° 13, 1909, p. 117), déclare très nettement que la forme végétante de la tuberculose du col est habituellement prise pour du cancer et que, seul l'examen histologique est juge en pareille matière.

Voici mieux encore. Rien de pareil n'est aussi significatif que des statistiques.

Des statistiques de Beyca, il ressort que 14 fois sur 54 cas de tuberculose primitive de l'utérus, on fit le diagnostic erroné de cancer.

Si maintenant on envisage l'ensemble des 51 observations de tuberculose du col, rassemblées par Chaton, et contrôlées par l'histologie, nous trouvons que 20 d'entre elles furent des trouvailles d'autopsie.

Parmi les autres observations, 11 fois seulement le diagnostic clinique de tuberculose peut être posé, grâce à la coexistence d'autres lésions bacillaires, 1 fois sur l'aspect même de la lésion.

Parmi les 19 observations qui restent, 15 fois le diagnostic a été douteux.

Une fois on a cru à une métrite ulcéreuse, 5 fois on a porté le diagnostic erroné du cancer.

On peut de cette statistique très instructive conclure que le diagnostic clinique lorsqu'il n'y a pas coïncidence d'autres localisations tuberculeuses est beaucoup trop scabreux pour que l'on se permette de la tenter sans l'appui du microscope.

D'ailleurs sans cette précaution on aurait enlevé 5 fois l'utérus en pensant au cancer, et 15 fois on serait resté hésitant devant une lésion troublante.

Les exemples de pareilles erreurs sont multiples dans la littérature.

En voici un cas très net de Young, dans lequel l'utérus fut enlevé faute d'examen histologique préalable.

Maladie tuberculeuse primitive du col de l'utérus

(E. Young. *Trans. of. the Obst. Soc. of. London*, vol. XLVIII, page 287).

Hystérectomie rapide. Faute d'examen histologique préalable.

Observation II

« Malade mariée à 26 ans, 3 grossesses. Les 3 enfants sains. Le dernier âgé de 2 ans 1/2.

« Depuis cinq semaines, écoulement vaginal jaunâtre et douleur lancinante constante dans la région hypogastrique et la région sacrée. Jamais d'hémorragie vaginale. Pas de tuberculose dans la famille.

« *Examen gynécologique.* — Col induré et très augmenté de volume. Surface inégale et ulcérée par endroits. En d'autres points nodulaire et papillaire, non friable à l'examen, utérus parfaitement mobile.

« *Traitement.* — A cause de la nature douteuse de la maladie hystérectomie.

« Parfaitement bien portante pas de récidive.

« *Examen microscopique de la pièce.* — L'utérus est hypertrophié, il a environ le volume d'un utérus de la quatrième ou de la cinquième semaine de la gestation. Le corps et le col, mais surtout celui-ci, sont hypertrophiés.

« Le museau de tanche est fongiforme, à surface dure et nodulaire ulcéré par place. Autour de l'orifice du col, il y a de véritables ulcérations cratériformes les tissus autour de ces ulcérations sont friables et en voie de nécrose. On peut aisément les racler avec un instrument mousse, ce qui permet de constater que les parties profondes sont constituées d'un tissu ferme, d'aspect fibreux.

« *Examen microscopique.* — La muqueuse du museau de tanche a été complètement détruite par un processus ulcératif. La portion superficielle du stroma fibro-musculaire est très infiltrée par des produits d'inflammation.

« Il y a beaucoup de tubercules typiques.

« En leur centre, sont de grandes cellules géantes, entourées par plusieurs couches de cellules épithélioïdes.

« Des tentatives pour mettre en évidence des bacilles dans ce tissu sont restées négatives.

« *Conclusion.* – Il est indubitable qu'il s'agissait d'un cas de tuberculose isolée du col de l'utérus.

Le lecteur qui suivra de près cette intéressante observation se rendra compte de l'utilité d'un examen histologique pré-opératoire dans un cas de ce genre.

C'est qu'en effet M. Young enleva l'utérus avant de

pratiquer le diagnostic histologique de la lésion. Aussi fut-il sans doute désagréablement surpris, quand l'hystérectomie exécutée, il se rendit compte que ce qu'il avait pris pour un cancer, était une tuberculose localisée au col.

Une amputation du col, une opération toute locale aurait guéri cette malade. Et ce n'est pas là une erreur isolée.

Lewers relate l'observation, d'une femme âgée de 65 ans, pour laquelle on fit le diagnostic de cancer et la véritable nature tuberculeuse de la lésion ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

Association possible de cancer et de tuberculose

Déceler l'association de ces deux lésions exige que l'on soit averti de celle possible et que les explorations et les biopsies soient faites avec une conscience toute spéciale.

Nous retrouvons quelques exemples de ces faits curieux et rares. Nassauer relate le cas d'une malade âgée de 45 ans, dont l'utérus fut enlevé pour un carcinome du col.

Or l'examen de la pièce montra qu'outre la dégénérescence maligne du col, deux noyaux rougeâtres, gros comme des cerises, faisaient saillies sous la muqueuse du corps utérin. Ces noyaux examinés au microscope étaient constitués par des « nombreuses glandes irrégulièrement dilatées, dont les conduits étaient soit libres, soit remplis de leucocytes. Il y avait aussi quelques cellules plates et de rares bacilles tuberculeux ».

Le même auteur apporte une deuxième observation semblable.

Il s'agissait « d'un épithélioma du col à l'occasion duquel l'examen de l'organe extirpé montra quelques nodules tuberculeux dans la muqueuse du corps; le nodule le plus bas étant situé à 1 cm. 1/2 au-dessus de la limite supérieure de la dégénérescence maligne ; jusqu'à l'examen microscopique ces noyaux furent tenus pour cancéreux. Or cet examen démontra qu'ils renfermaient de nombreuses cellules géantes et des bacilles tuberculeux. L'endométrium sain en apparence, était également le siège d'une poussée tuberculeuse au début. Il n'y avait pas la moindre trace de tuberculose en un autre point de l'organisme ».

Voici enfin une observation de M. Potherat dans laquelle il s'agit d'une malade présentant à la fois une tuberculose annexielle et un cancer du col de l'utérus.

Observation de M. Potherat

Association d'un cancer de l'utérus avec une tuberculose annexielle

(Potherat. *Société de Chirurgie*, 4 novembre 1907. *Gazette des hôpitaux* 1907, page 1678.)

« Malade de 24 ans, déjà opérée pour des ganglions tuberculeux.

« La question se posait de savoir s'il s'agissait pour l'utérus d'une affection tuberculeuse. Le microscope a montré qu'on était en présence d'un cancer.

« *Examen macroscopique de la pièce.* — Tuberculose annexielle. Cancer du col de l'utérus.

Examen histologique. — Sur les coupes on trouve un épithélioma métatypique, mais que l'on peut considérer comme nettement d'origine malpighienne. Il est constitué par des amas plus ou moins volumineux, plus ou moins irréguliers, de cellules polygonales assez semblables entre elles. On ne trouve pas de globes épidermiques.

« Le tissu conjonctif qui forme la trame est dense, fibreux, très infiltré, à cellules embryonnaires.

« La muqueuse du corps de l'utérus présente les lésions habituelles des métrites glandulaires. Les culs de sac glandulaires sont allongés et contournés. Peu d'infiltration du chorion. Le muscle utérin est fortement sclérosé.

« Sur une coupe on voit un petit abcès sous-séreux.

« Rien ne permet anatomiquement de penser à la tuberculose.

« Il n'y a pas sur la coupe de cellules géantes. La majorité des leucocytes est constituée par des polynucléaires. »

Dans l'observation qui précède, tout le passé de la malade portait à penser à la tuberculose génitale. Et l'on n'avait tort qu'en partie, puisque les annexes étaient atteintes de lésions bacillaires.

On avait méconnu le cancer et c'est là le point essentiel.

Même devant l'évidence clinique, il faut se méfier.

Il n'est pas indifférent lorsqu'on décide l'hystérectomie de savoir si on le fait pour une tuberculose ou

pour un cancer, puisque la technique est différente dans l'un et l'autre cas.

En présence d'une bacillose, point n'est besoin de disséquer l'uretère, de faire le grand curage du bassin.

En face d'un cancer au contraire, presque tous les chirurgiens se rallient au procédé de Wertheim.

On peut conclure de tous les faits précédents que tuberculose et cancer peuvent cœxister chez la même malade, ce qui rend le diagnostic plus complexe et dicte la technique opératoire propre au néoplasme malin.

Il faut donc apporter une grande attention au diagnostic différentiel entre bacillose et cancer et penser en même temps à l'association possible.

Les précautions à prendre seront, en résumé, les suivantes :

1° Examen microscopique soigneux d'une ou plusieurs biopsies successives, sous le double point de vue histologique et bactériologique (recherche du bacille de Koch).

2° Examen clinique local minutieux.

3° Recherche des autres localisations possibles de la tuberculose dans l'organisme.

4° Etude des antécédents personnels de la malade.

Le diagnostic d'association de cancer et de tubercule impose l'hystérectomie abdominale totale suivant le procédé de Wertheim.

En présence d'une lésion locale de tuberculose du col, la question d'une intervention partielle peut au contraire être discutée dans quelques formes bien limitées.

Pour clore ce chapitre concernant les erreurs de diagnostic entre tuberculose et cancer, nous reproduirons ici en les opposant l'une à l'autre deux coupes, l'une d'épithélioma du col, l'autre de tuberculose du même organe, que nous devons à l'obligeance de M. Desplas et que l'on retrouvera dans sa revue générale sur la tuberculose du col utérin dans les *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie* (octobre 1912, page 219, 220 et 221). (Voir planches XIII et XIV.)

Cancer du col (Gr. 100 D).

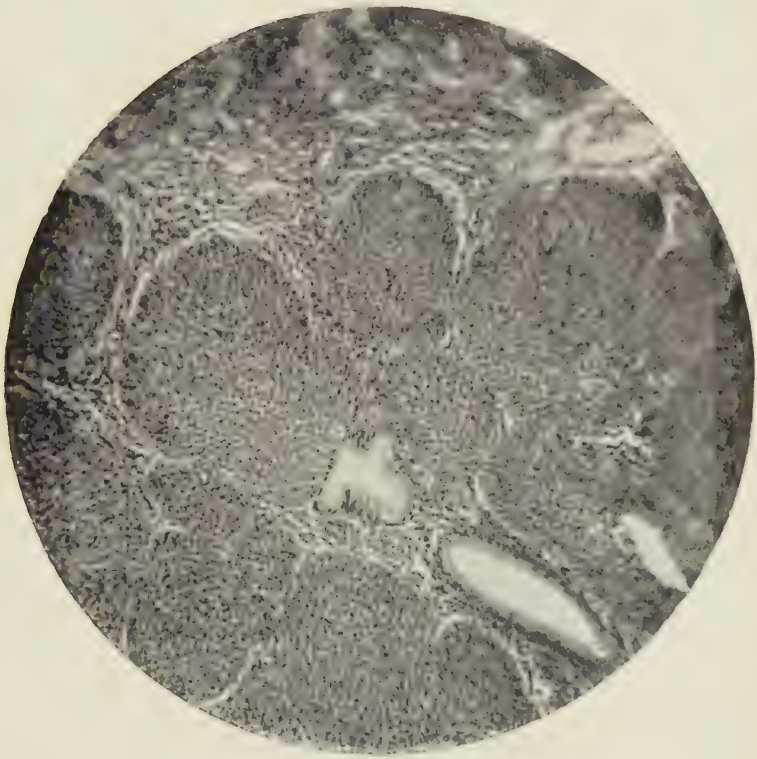


Fig. 1.

Zone d'envahissement d'un cancer du col, lèvre externe, nombreux boyaux végétants d'épithélioma pavimenteux baso-cellulaire (ou tubulé).

Suivant la règle, au niveau du col, il n'y a pas tendance à la formation de globes, et le néoplasme est dû uniquement à la prolifération de cellules basales de la muqueuse.

Entre les boyaux cancéreux, deux glandes, avec leur revêtement de cellules cylindriques, entourées par l'extension du néoplasme.

Métrite du col Bord d'une ulcération (Gr. 100 D).

Fig. 2.

A gauche, l'épithélium pavimenteux du col, épaissi et enflammé.
A droite, ulcération inflammatoire où la muqueuse disparue est remplacée par une nappe épaisse de cellules et de globules de pus. Au-dessous, le derme de la muqueuse, sclérosé et infecté.

DES QUELQUES ERREURS CLINIQUES POSSIBLES ENTRE SYPHILIS ET CANCER

Les erreurs cliniques commises entre cancer et syphilis sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit, d'après les données classiques.

La syphilis peut simuler un néoplasme à deux périodes différentes.

A la période primaire, le chancre syphilitique peut affecter dans certains cas un aspect voisin de celui de l'épithélioma ulcéreux du museau de tanche.

A la période tertiaire, la syphilis peut simuler le cancer du col et par les métrorragies le cancer du corps utérin.

1° *Des erreurs entre chancre syphilitique du col et épithélioma*

M. Thibierge a justement insisté sur la possibilité de ce fait. C'est qu'en effet le chancre syphilitique du col ne se présente pas toujours sous la forme de la simple érosion, de la papule érosive, classiquement décrite partout.

Dans certains cas, en effet, l'aspect est tout différent. Telles sont les deux observations rapportées par M. Thibierge (Thibierge : Sur le chancre syphilitique du col de l'utérus et en particulier sur sa forme ulcéreuse et sa confusion possible avec l'épithélioma. *Annales de dermatologie*, 1904, page 113).

Dans le premier cas, « le col assez volumineux était occupé dans toute sa position vaginale par une ulcération de forme irrégulière, dont les bords légèrement sinueux, étaient entaillés sur une épaisseur de 1 à 2 centimètres et entourés d'une zone foncée dont le fond inégal était légèrement bourgeonnant, dont la surface était rendue plus irrégulière encore par la présence d'un enduit jaune, brunâtre, épais, pseudo-membraneux, existant seulement par places et se laissant détacher facilement. Les ganglions inguinaux de volume normal, étaient indolores. Il n'existait aucune trace d'éruption cutanée. La roséole typique n'apparut que quelques jours après au moment où le chancre était déjà en voie de guérison ».

Dans le deuxième cas, « le col utérin, col de multipare, à large fente transversale, présentait un chancre sur chaque lèvre. La lèvre antérieure, de beaucoup la plus volumineuse, était le siège, au voisinage immédiat de l'orifice utérin, d'une ulcération assez nettement arrondie, de la dimension d'une pièce de deux francs, dont le fond, assez fortement creusé, irrégulier, tomenteux, était recouvert par place d'une couche grisâtre, d'aspect diphtéroïde, s'enlevant assez facilement au dessous de cet endroit et dans les points qu'il ne recou-

vrait pas l'ulcération avait une coloration rouge foncé absolument comparable à celle de la chair musculaire.

« Sur la lèvre postérieure existait tout autour de l'orifice cervical, une ulcération moins profonde en forme de croissant, revêtant un aspect analogue à celui de la lésion de la lèvre antérieure.

« Les parties avoisinantes du col étaient d'un rouge foncé. L'ensemble du col utérin présentait un aspect bosselé, qui, joint à sa consistance dure, quoique élastique, rappelait assez un épithélioma utérin.

« C'est d'abord le diagnostic qui avait été fait par un chirurgien. Le col avait conservé toute sa mobilité et le toucher ne revélait rien d'anormal au niveau du cul-de-sac.

« Aucune éruption certaine, aucune lésion des muqueuses, pas d'adénopathie cervicale, mais l'une des petites lèvres portait un chancre manifeste.

« Les lésions se réparèrent rapidement à la suite d'un simple traitement topique. »

Voilà donc deux observations des plus rares.

Dans l'une d'elles, la seconde, on peut dire que le diagnostic d'épithélioma avait été fait par un chirurgien. La présence d'un chancre sur la petite lèvre et l'effet curatif du traitement spécifique permet de transformer le diagnostic.

Dans la première observation, le chancre avait les caractères objectifs du cancer et sans l'apparition d'une roséole quelques jours plus tard, le diagnostic de néoplasme aurait certainement été porté.

Ces faits méritent donc d'être signalés. Il est probable

qu'ils sont moins rares que ne le laisserait croire le petit nombre des observations.

Voici mieux, un fait plus intéressant encore de chancre syphilitique dont le diagnostic eut pu être fait par la biopsie :

Chancre du col utérin

(F. Iven. *Journ. of Obs. and Gynecology. of the British empire*, nº 4, avril 1908.)

« Une femme de 32 ans, mère de 4 enfants, se plaint de douleurs lombaires et de pertes salissant son linge.

« A l'examen, signes d'urétrite blennorragique, vulve et vagin normaux ; mais sur le col, qui est déchiré, on trouve à droite, une ulcération des dimensions d'un shilling, recouverte d'un enduit grisâtre saignant facilement et reposant sur une base indurée. Le mari de la malade avait été soigné depuis trois semaines pour une blennorragie. « Hésitant » entre le cancer au début et le chancre, F. Iven fit une biopsie de l'ulcération cervicale : l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un chancre syphilitique du col de l'utérus. Peu après, des plaques muqueuses apparurent dans la bouche, puis une éruption de roséole.

« Traitement antisyphilitique. Guérison rapide du chancre du col. »

Voilà la seule observation dans laquelle nous avons pu relever la biopsie comme moyen de diagnostic.

C'est qu'en effet d'une part le chancre du col à forme ulcéreuse rongeante n'est pas fréquent et que d'autre part pour dépister la syphilis on a d'autres procédés

communément employés. Réaction de Wassermann, recherche du spirochète. Étude de la malade au point de vue des adénopathies. Apparition enfin d'une roséole ou de plaques muqueuses.

Malgré tout il est bon de connaître ces faits et d'être averti de semblable possibilité. Nous n'avons pu trouver aucune observation de chancre syphilitique confondu avec un néoplasme.

2° *Des erreurs entre syphilis tertiaire du col de l'utérus et cancer du col*

En pareil cas les erreurs paraissent encore plus rares.

Quand elle se cantonne sur le col de l'utérus, la syphilis tertiaire peut revêtir une forme ulcéro-gommeuse ou une forme scléreuse, dont parfois la différenciation peut être malaisée d'avec le cancer.

« Bien que ce soit là une localisation peu commune de la spécificité, dit Paul Laffont, dans sa thèse, il nous paraît néanmoins que la fréquence réelle des manifestations syphilitiques tardives sur l'utérus, est supérieure à sa fréquence apparente, parce que cette détermination génitale reste trop souvent ignorée ou méconnue. »

(Paul Laffont. Sur la syphilis tertiaire acquise ou héréditaire de l'utérus et de ses annexes. *Thèse de Paris*, 1908.)

Voici une observation que nous avons pu relever ou le diagnostic a pu être posé entre syphilis tertiaire du col et épithélioma. Le problème a été tranché par le traitement spécifique, qui a guéri la lésion.

Syphilis tertiaire du col de l'utérus
Par le Dr Lecaplain.

(*Normandie médicale*, 1er février 1913, page 79)

« Jeune femme de 28 ans, se plaignant de perte des forces d'amaigrissement, de violentes douleurs thoraciques et abdominales.

« Premier accouchement à terme à 19 ans suivi d'une hémorragie abondante, qui nécessita un curettage.

« Au mois de mai 1911, une fausse couche de 3 mois, accompagnée de plusieurs hémorragies graves et répétées.

« A partir de ce moment, elle sentit ses forces décliner.

« Au mois de juillet 1912, état général mauvais, pâleur, amaigrissement manifeste, perte de l'appétit, signes de dyspepsie, nervosisme, palpitations douloureuses.

« Examen gynécologique.

« Col considérablement augmenté de volume, rouge, tuméfié, bourgeonnant, irrégulier, ulcéré, saignant facilement

« Sur le fond carminé, on constate de petits nodules grisâtres: l'orifice irrégulier est déchiré comme après un accouchement, et laisse échapper un liquide visqueux filant.

« Au toucher, le col est gras, très légèrement induré.

« Il n'y a ni métrorragie, ni écoulement roussâtre, ni odeur fétide. »

Le Dr Lecaplain écarte jusqu'à nouvel ordre la métrite fongueuse avec l'ectropion, la tuberculose du col, les lésions néoplasiques, et propose le traitement spécifique.

La rapide guérison de la lésion justifie le diagnostic porté par le Dr Lacaplain. Mais l'hésitation était permise en pareil cas.

Plus loin d'ailleurs l'auteur reconnaît que le diagnostic de la syphilis du col doit être fait principalement avec l'ectropion, le cancer et la tuberculose.

D'où on le conçoit la nécessité de faire une biopsie, si la rapide action du traitement spécifique ne vient pas tout de suite éclairer le problème.

3° *Des erreurs entre syphilis tertiaire du corps et cancer du corps utérin*

Cliniquement la syphilis tertiaire du corps de l'utérus se traduit par des hémorragies, symptôme prédominant.

Comme le dit très nettement Paul Laffont dans sa thèse : « la syphilis doit être rangée d'une manière définitive parmi les causes des métrorragies. » La spécificité crée en effet des lésions tardives qui portent plus spécialement sur les vaisseaux.

Un certain nombre de cancers de l'utérus ne sont peut-être que des lésions spécifiques tertiaires de cet organe comme l'a montré Laffont. D'autre part la syphilis tertiaire peut être la cause provocatrice du cancer. (Jawobski, *Wiener. Klinisch. Woch.*, 1911, n° 1059) eurent la même opinion. Pour lui certains cas de cancer utérin considérés comme guéris par l'usage interne de l'iodure et l'injection d'iode dans l'utérus ne sont en réalité que des cas de syphilis tertiaire utérine.

Cette idée paraît logique, presque tout le monde ad-

met que l'iodure donne une poussée au cancer. Aussi les conclusions de Jawobski n'ont-elles rien qui doivent surprendre. On pourrait plutôt s'étonner qu'il ait pu relever des observations étiquetées cancer de l'utérus traitées par la médication iodurée.

En résumé les faits précédents montrent qu'en présence de symptômes utéro-annexiels de nature déterminée et par exemple en présence de métrorragies douteuses, il faut, le cancer éliminé, songer à la syphilis.

On commencera donc par un curettage explorateur. C'est plus prudent, étant donnée la fréquence du néoplasme. Et en cas de réponse négative après plusieurs essais, on instituera un traitement spécifique d'épreuve.

Mais il est bon d'éliminer d'abord l'hépithélioma, car l'iodure active l'évolution du cancer.

Des erreurs cliniques entre sarcome et cancer

Le sarcome utérin n'est pas une rareté. On en trouve de nombreuses observations dans la littérature médicale.

Et il apparaît très nettement à la lecture des faits cliniques qu'une confusion puisse être faite entre les deux affections, cancer et sarcome.

Si l'on néglige le contrôle histologique, un diagnostic exact en pareille matière, s'il ne transforme en rien la conduite à tenir, a cependant une importance au point de vue de la justesse du pronostic et de la précision des statistiques.

Voici résumées les quelques observations les mieux étudiées que nous avons pu recueillir :

Observation I

Sarcome de l'utérus

(Souligoux, *Société anatomique*, 1900, page 80.)

« Mme X..., 28 ans, réglée à 18 ans, irrégulièrement, 2 enfants Un léger prolapsus utérin. Après la première couche.

« A partir de 26 ans perd en blanc, et en rouge.

« Trois mois avant son entrée à l'hôpital douleurs très vives partant de l'utérus ; pertes plus considérables, accompagnées de pus, d'une odeur fétide.

« Par le toucher on sentait des masses végétantes, implantées sur la lèvre postérieure du col. Ces végétations étaient molles et friables.

« Hystérectomie abdominale.

« Ablation des ganglions.

« Examen histologique de la pièce montre qu'il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes. »

Observation II

Sarcome de l'utérus

(Souligoux. *Société anatomique*, page 536.)

« Mme X..., a eu 1 enfant à 25 ans, jamais de fausses couches. Il y a sept ans elle a eu des métrorragies peu abondantes mais répétées. Son médecin diagnostiqua un polype et conseilla l'intervention. Bientôt tout rentra dans l'ordre.

« Au mois d'octobre 1899, pertes abondantes qui nécessita un tamponnement.

« Depuis ce temps les pertes se reproduirent à intervalles variables mais répétées.

« Par le toucher vaginal, on sent un col volumineux, comme rempli d'une masse qui laisse passer à travers l'orifice un certain nombre de polypes.

« Le toucher bimanuel permet d'apprécier que le corps de l'utérus est volumineux et parsemé de petits fibromes et parfaitement mobile.

« Le diagnostic porté est fibrome utérin avec transformation maligne.

« Hystérectomie vaginale.

« Examen histologique fait par M. Miliau montre qu'il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes. »

Observation III

Sarcome en grappe du col utérin

(Williamson: *Société obstétricale de Londres*, 1er mars 1905.)

« Williamson présente une pièce très rare de sarcome en grappe du col utérin.

« La pièce se compose d'un noyau central de consistance dure d'où partent de nombreuses ramifications qui par endroits présentent des renflements kystiques gros comme des cerises.

« Au microscope on reconnaît qu'il s'agit d'un sarcome à cellules mixtes. »

Observation IV

Un cas de tumeur chondro-sarcomateux du col utérin
Sarcome en grappes

(Michel et Hoch. *Société de Gynécologie*, 4 février 1907.)

« Femme de 35 ans, 3 grossesses, la dernière remontant à six ans.

« Depuis dix-huit mois, ménorragies et métrorragies très abondantes.

« Un médecin consulté trouve une masse qui ressemble à un polype et l'enlève.

« Trois mois après les pertes reparaissent plus abondantes.

« On constate alors une masse très volumineuse, développée aux dépens du col, ayant l'aspect d'une grappe.

« Curettage. La base d'implantation de la masse est cautérisée au thermocautère.

« Au bout de deux mois les pertes sanguines reviennent plus abondantes.

« Masse volumineuse, remplissant la cavité vaginale, friable, saignant au moindre contact, constituée par une sorte de grappe s'implantant sur le col, grappe dont les grains se détachaient au toucher, les uns durs, les autres mous, œdématiés.

« Intégrité du corps utérin, des ligaments larges du petit bassin.

« État général relativement bon.

« Hystérectomie.

« L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un sarcome globo et fuso-cellulaires avec formation cartilagineuses développées au niveau d'une lésion inflammatoire polypeuse du col».

Observation V

Sarcome racémeux du col de l'utérus

(Colson. *Sté des Médecins de Gand*, 7 juillet 1908.)

« Femme de 58 ans, nullipare, qui depuis de longs mois se plaignait de douleurs dans le bas-ventre avec pertes fétides, abondantes, jaunâtres, très fluides parfois teintées de sang.

« État général relativement bon.

« Au toucher, vagin rempli par une masse mollasse, partant du col et envahissant le Douglas.

« Parois vaginales respectées.

« De cette masse se détache des bourgeons charnus, dont l'odeur rappelle celle du carcinome infecté du col. A la palpation de la cavité, rien de particulier.

« L'hystérectomie se montra irréalisable, car la tumeur remplissait tout le petit bassin. On se contenta d'enlever le plus possible de la tumeur. La malade fut très soulagée.

« A l'examen microscopique, on constata qu'il s'agissait d'un néoplasme mixte myxo-sarcomateux. »

Observation VI

Sarcome de l'utérus

(Guggisberg. *Sté Médico Pharmaceutique de Berne*, 11 mai 1909.)

« Femme de 40 ans, qui depuis longtemps accusait des métrorragies.

« L'examen n'avait révélé qu'une légère augmentation de volume de l'utérus.

« Ce n'est qu'après dilatation de la cavité cervicale que l'on constata la présence d'un polype du volume d'une noix qui remplissait la cavité.

« Une biopsie d'un fragment du polype permet de porter le diagnostic de sarcome fuso-cellulaire. »

Observation VII

Sarcome racémeux du col de l'utérus

(Proust et Binder. *Sté Anatomique*, juillet 1909, page 440.)

« Femme de 44 ans. Entrée dans le service de M. Pozzi le 22 mars 1905.

« A l'âge de 42 ans, début des accidents par des pertes sanguines qui revenaient tous les huit jours et duraient deux à trois jours, assez peu abondantes, puis cessaient.

« Depuis un an, elles sont devenues continuelles.

« Depuis un mois, l'écoulement sanguin est accompagné d'un écoulement séreux roussâtre fétide. Pas de douleurs.

« État général satisfaisant.

« Au toucher, on trouve immédiatement une tumeur qui sort de la vulve.

« Cette tumeur est allongée, rouge lie de vin, elle remplit le vagin et est suspendue à un pédicule, qui pénètre dans le canal cervical.

« La consistance de cette masse est molle, beaucoup moins dure que celle d'un fibrome.

« La tumeur est lobulée, bosselée, formée en apparence d'une série de masses agglomérées.

« *Examen histologique.* — La réponse du laboratoire est : Sarcome.

« Hystérectomie abdominale totale le 12 mai 1905 par M. Pozzi.»

Sur les sept observations plus haut rapportées, dans deux seulement, on peut dire que la biopsie fut pratiquée, ce qui permit de poser un diagnostic précis avant l'intervention.

Ceci est important, avons-nous dit, pour établir un pronostic valable.

Les suites opératoires sont en effet bien plus graves que celles du cancer. Même, si après l'hystérectomie, il ne se fait pas une récidive locale, ce qui est très fréquent, il est bien rare que les malades ne succombent pas tôt ou tard à des métastases éloignées, le plus souvent pulmonaires.

C'est donc un tort de ne pas faire un examen biopsique avant d'intervenir.

Il faut, en effet, faire connaître à l'entourage de l'opérée la gravité de son cas.

DES QUELQUES ERREURS ENTRE CANCERS TYPIQUES ET CERTAINES LÉSIONS TRÈS RARES

Sous cette désignation de lésions très rares, nous grouperons un certain nombre d'observations exceptionnelles, que nous avons trouvées au cours de nos recherches bibliographiques, et qui une fois de plus affirment tout l'intérêt de la biopsie.

1° *Col de l'utérus envahi par une production télangiectasique*

(Otto Falck. *Monatschriftt für Gebur. and Gyneck.*, 1898, n° 1, page 4.)

« Jeune femme de 24 ans, mère de trois enfants.

« Menstruation absolument normale jusqu'à l'époque de sa dernière couche qui a eu lieu en octobre 1897. Depuis le mois d'octobre 1897, cette femme perd du sang tous les jours.

« Mais ces métrorragies sont devenues beaucoup plus abondantes depuis le mois de février.

« *Examen gynécologique.* — Le corps de l'utérus est plutôt

diminué de volume, tandis que le col très gros se présente sous l'aspect d'un champignon violacé, mou et saignant facilement.

« L'examen microscopique d'un fragment cunéiforme prélevé sur le col révèle les lésions suivantes :

« Multiplication énorme des vaisseaux sanguins qui sont gorgés d'hématies et accolés les uns aux autres. Quelques-uns d'entre eux renferment, au contraire, des leucocytes en très grande majorité, ou bien de petits caillots en voie d'organisation.

« Ces vaisseaux sont séparés les uns des autres par une mince couche de tissu interstitiel, consistant en cellules musculaires, en faisceaux conjonctifs, parmi lesquels on distingue des éléments très analogues au tissu folliculaire.

« Au niveau de la muqueuse, les capillaires sont très nombreux, tassés et énormément dilatés.

« On pratique une hystérectomie vaginale.

« L'examen de l'utérus enlevé confirme les données fournies par celui du lambeau pris sur le col. De plus il montra que le corps de l'organe était absolument normal, quant à sa structure histologique.

« O. Falck croit pouvoir affirmer qu'on se trouve en présence d'une lésion non encore décrite par les auteurs et qui mérite d'être considérée comme un angiome ou comme un état télangiectasique. »

Ici donc, sans le concours de l'histologie, on eut sans doute pensé à un début de néoplasie en raison des hémorragies ; et par suite, on aurait pratiqué une hystérectomie abdominale avec le procédé de Wertheim, grosse opération d'une gravité bien plus grande que l'hystérectomie abdominale ou vaginale ordinaire.

2° *Hypertrophie simple du col de l'utérus simulant un cancer*

(Zacharias. *Société d'Obstétrique de Leipzig*, 21 mars 1904)

Zacharias communique une observation très intéressante d'hypertrophie énorme du col de l'utérus.

Le col présentait un diamètre transversal de 8 centimètres et un diamètre antéro-postérieur de 6 centimètres.

Une augmentation du volume aussi considérable avait fait songer au cancer. Et on avait pratiqué l'hystérectomie abdominale totale. Or l'examen histologique montra qu'il n'en était rien et qu'il s'agissait seulement d'une sclérose hypertrophique du col.

On peut ajouter qu'il était un peu tard pour s'en apercevoir.

Une biopsie eut montré la bénignité de la lésion et une simple amputation du col eut guéri la malade.

3° *Le chorio-épithéliome utérin*

Nous relevons deux observations de cette rare et intéressante affection.

Observation I

Un cas de chorio-épithéliome utérin

(Von Wenezel. *Zentralblatt fur Gynec.*, 1908, n° 7, 15 février.)

« Il s'agit d'une femme de 21 ans qui, six semaines après une grossesse normale, est prise d'une hémorragie utérine abondante persistant pendant neuf mois.

« Un curettage pratiqué alors ramène une grande quantité de débris qui examinés au microscope font porter le diagnostic de chorio-épithéliome typique.

« Hystérectomie vaginale.

« La tumeur est entourée de tissus sains.

« L'utérus n'était que légèrement augmenté de volume.

« Huit mois après l'opération, la malade était bien portante. »

Observation II

Chorio-épithéliome malin au début de son évolution, coexistant avec un petit noyau métastatique fraîchement développé dans le vagin.

(Brenner. *Monatschrift für Geburund Gyneco.*, 1908, nos 5 et 6. mai, page 674.)

« Femme de 38 ans.

« Quatre grossesses. La dernière remonte à neuf mois.

« En septembre 1900, métrorragies; curettage. La curette ramène de vieux caillots, des débris de membranes, des lambeaux de muqueuses, des masses grumeleuses grisâtres.

« A la suite de ce traitement, amélioration. Puis reprise des métrorragies et le 5 octobre 1906, nouveau curettage. Au cours de cette intervention, on aperçoit pour la première fois, au niveau de la fourchette une petite nodosité grosse comme un pois, bleuâtre, indolente.

« Cette découverte décida à la biopsie.

« L'examen histologique de la nodosité et des débris ramenés par la curette montra :

« 1° Que les métrorragies étaient dues à la présence dans l'utérus de débris en voie de transformation maligne ;

« 2° Que la tumeur vulvo-vaginale était un noyau métastatique récent, offrant tous les caractères du déciduome malin (cellules de Langhaus, éléments syncytiaux, etc...) »

4° *Endothéliome du col utérin*

Il s'agit d'une affection des plus rares, dont nous relevons deux observations.

Observation I

Endothéliome du col utérin

(Kirschner. *Zeits. für Geb. u. Gyn.*, 1903, page 197).

« Femme de 34 ans, sujette depuis un an et demi à un écoulement jaunâtre parfois sanguinolent.

« A l'examen gynécologique, on constate que la lèvre antérieure du col donnait insertion à une tumeur noduleuse grosse comme une noix à insertion large et ulcérée, en plusieurs points.

« Autres régions et annexes saines.

« Hystérectomie vaginale totale.

« *Examen microscopique.* — On constate que le néoplasme avait son point de départ dans l'endothélium des espaces et des capillaires lymphatiques du stroma de la portion vaginale du col de l'utérus.

« Seul en pareil cas l'examen histologique tranche la question.

« Et comme d'après Kirschner l'endothéliome est une affection qui ne récidive pas après l'hystérectomie il est intéressant de la différencier par la biopsie du cancer. »

Observation II

Endothéliome du col utérin

(Bratz. *Archiv. für Gyn.*, L. III, 1).

« Jeune femme de 18 ans. Sur la lèvre postérieure du col est une tumeur de 2 centimètres environ, saignant facilement. Hystérectomie vaginale.

« L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un endothéliome des espaces lymphatiques. »

5° *Adénome kystique malin du col*

Il existe dans la littérature six cas connus d'adénome malin du col.

Les observations suivantes montrent combien il faut être prudent dans l'appréciation de la nature du polype de l'utérus.

Observation I

Adénome kystique malin du col

(Krauss et Camerer. *Zeit. für Geb. and gyn.*, XXXIV, 3, p. 447).

« Femme de 46 ans souffrant d'hémorragies depuis cinq semaines.

« On trouve faisant saillies hors du col une tumeur de la grosseur d'une noisette pédiculée; on en fait l'excision.

« Cette tumeur n'ayant aucun des caractères d'un néoplasme ne fut pas examinée.

« Or un mois plus tard apparut au point d'insertion du polype enlevé, une petite grosseur hémisphérique qu'on reconnut être un adénome malin.

« Hystérectomie vaginale.

« Deux ans et demi plus tard, la femme était encore en bon état. »

Observation II

Adénome diffus du col utérin simulant le cancer

(Hartmann et Lecène. *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, 1908, p. 115).

« Mme X..., 43 ans. Au toucher, on trouve au fond du vagin, à la place du col, une tumeur arrondie, ulcérée, inégale, saignante, que l'on considère comme un épithéliome.

« Curettage, puis colpo-hystérectomie abdominale par M. Hartmann.

« Examen anatomique de la pièce.

« 1° Présence dans la cavité cervicale d'une ulcération assez vaste mais régulière, qui avait évidé le canal cervical et se trouvait remplie par des bourgeons végétants.

« 2° Arrêt brusque de l'infiltration néoplasique au niveau des parois de cette ulcération.

« 3° Intégrité apparente de l'isthme du corps utérin et enfin du paramètre.

« L'examen histologique montra qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, mais d'un adénome diffus de la muqueuse du canal cervical développé, très vraisemblablement, aux dépens des glandes muqueuses de ce canal. »

Cette variété de néoplasme du col de l'utérus est très exceptionnelle. M. Lecène déclare n'avoir jamais rien vu d'analogue sur cinquante tumeurs du col de l'utérus, examinées par lui.

D'autre part, elle simule cliniquement, parfaitement l'épithélioma. Seule l'histologie peut l'en différencier. Cette lésion, toute rare qu'elle est, mérite d'être connue.

Et en raison de son pronostic tout différent par sa bénignité de celui du cancer, il est bon d'être fixé sur sa nature par une biopsie.

CONCLUSIONS

1° Le but de notre travail a été de montrer par une série d'observations cliniques, accompagnées de reproduction de coupes microscopiques, les unes inédites, les autres déjà publiées, la nécessité qui s'impose à tout médecin, vis-à-vis de son malade, de pratiquer systématiquement la biopsie, lorsque les signes cliniques permettent de soupçonner un cancer de l'utérus.

2° Un peu partout à l'étranger, surtout en Allemagne, en Autriche, en Amérique, la lutte contre le cancer de l'utérus est organisée d'une façon systématique.

Winter, en Allemagne, a été l'un des plus ardents à montrer la nécessité de cette « lutte contre le cancer de l'utérus » pour augmenter l'opérabilité du cancer.

Les statistiques opératoires en France valent celles des Allemands. Mais on opère chez nous beaucoup moins de femmes qu'outre-Rhin. Cela tient à ce que nous voyons les malades beaucoup plus tard, la lutte contre le cancer n'étant pas organisée en France.

La nécessité de cette organisation s'impose par l'ins-

truction des sages-femmes, infirmières, dames des Sociétés de bienfaisance, de tous ceux ou de toutes celles, en un mot, qui approchent de près les malades

On pourrait aussi proposer, comme cela se fait en Allemagne et en Autriche, la distribution aux femmes, dans les cliniques et les hôpitaux, de brochures, les avertissant du danger qu'elles courent en ne consultant pas un médecin, en présence d'un trouble anormal, tel qu'une métrorragie.

3° La biopsie permet, d'une part, de faire un diagnostic très précoce et par suite, de faire des opérations radicales avec des chances de guérison à longue échéance.

Grâce à l'examen histologique, on ne traite pas comme métrite un néoplasme malin.

D'autre part, elle empêche de pratiquer une hystérectomie pour une lésion bénigne, métrite, par exemple, ou pour une lésion curable par un traitement médical (syphilis).

La biopsie systématique est nécessaire au contrôle scientifique des statistiques post-opératoires, qui, bien souvent, sont faussées par l'adjonction de cas de guérison qui se rapportent à des affections autres que le cancer (métrite, tuberculose, syphilis, fibrome sphacélé, adénome diffus).

4° La biopsie, au niveau du museau de tanche, se pratiquera, après les précautions aseptiques ordinaires, avec ou sans anesthésie, aux ciseaux, au bistouri ou au moyen de la pince de M. Jean-Louis Faure.

Au cas d'induration, on excisera la partie dure.

Au cas d'ulcération, on prendra un fragment à cheval sur l'ulcération et sur le tissu voisin.

Au cas de bourgeon saillant, on excisera ce bourgeon.

Le fragment enlevé doit avoir au minimum un demi-centimètre sur tous ses côtés.

5° La biopsie, au niveau du col, nécessite souvent la dilatation préalable.

On la pratiquera, suivant les cas, aux ciseaux, au bistouri, ou à la curette.

6° La biopsie, au niveau du corps, nécessite la dilatation préalable avec des bougies de Hégar. Le plus souvent l'anesthésie sera indispensable.

Le curettage explorateur sera fait d'une façon méthodique.

Le nouvel hystéroscope de M. Ch. David permettra peut-être de faire la biopsie dans l'intérieur de la cavité utérine sous le contrôle de l'œil.

7° La conservation des pièces, jusqu'au moment où on les confiera à l'histologiste, doit être connue de tout praticien.

Si la pièce peut être envoyée avant douze heures au laboratoire, on la placera simplement dans un flacon de verre propre et bien bouché. Si elle ne peut parvenir à sa destination qu'après un délai dépassant quarante-huit heures, il faudra de toute nécessité la fixer.

Le meilleur fixateur est le liquide de Dominici, d'après M. Rubens-Duval ; l'inclusion sera faite à la paraffine.

8° L'interprétation des coupes histologiques ne peut

être confiée qu'à un histologiste compétent, à un histologiste de métier.

9° Les résultats de la biopsie sont incontestablement des plus précieux.

Si la biopsie est positive, elle permet de faire, sans tarder, l'opération radicale.

Si elle est négative cela peut tenir à une erreur de technique, fragment trop petit prélevé en un mauvais point.

Il faut renouveler la biopsie jusqu'à ce qu'on n'ait plus aucune « arrière-pensée » suivant l'expression de M. Siredey.

Il est du devoir du médecin de convaincre la malade de l'utilité de la répétition de l'examen histologique.

10° La biopsie permet d'éviter de nombreuses erreurs, commises grâce à l'insuffisance des signes cliniques.

Elle permet ainsi d'étiqueter cancer au début des affections en apparence bénigne.

C'est ainsi que la plupart des cancers du corps, dont le seul symptôme, au début, est la métrorragie, ne peuvent être identifiés que par le curettage explorateur.

11° La biopsie permet, en outre, de rejeter, dans un certain nombre de cas, un diagnostic erroné de cancer basé sur les signes cliniques.

12° L'erreur la plus fréquemment commise est la confusion d'un cancer avec une métrite chronique hypertrophiante au niveau du col, ou avec une métrite hémorragique au niveau du corps ou vice versa.

Ainsi la biopsie permet de réfuter un certain nombre d'hystérectomies inutiles.

13° La tuberculose peut, comme le montrent quelques observations cliniques, prêter à confusion. La technique n'étant pas la même dans l'hystérectomie pour fibrome et dans l'hystérectomie pour cancer, il est indispensable d'être fixé par une biopsie sur la véritable nature de l'infection.

14° Le chancre syphilitique du col dans sa forme ulcéreuse a pu quelquefois être cliniquement confondu avec un épithélioma.

La syphilis tertiaire dans sa forme fibreuse ou dans sa forme scléro-gommeuse peut, dans quelques cas exceptionnels, simuler le cancer du col ou par les métrorragies le cancer du corps.

L'examen biopsique, l'épreuve du traitement spécifique, le Wassermann sont autant de méthodes indiquées pour éviter l'erreur.

15° Le sarcome du col n'est pas une affection exceptionnelle. On en trouve quelques cas publiés dont le diagnostic fut fait par la biopsie avant l'opération ou après l'opération.

Le pronostic post-opératoire du sarcome est beaucoup plus sombre que celui du cancer.

Aussi est-il utile d'être fixé sur la nature de l'affection pour établir le pronostic.

16° Certaines lésions très exceptionnelles peuvent encore simuler le véritable épithélioma. On en trouve

quelques exemples dans la littérature médicale : productions télanjiectasiques du col, endothéliome du col, chorio-épithéliome, adénome malin, adénome diffus du col.

Citons enfin la possibilité d'une hypertrophie simple du col simulant un cancer infiltré du museau de tanche.

Vu : le Président de la thèse
LEJARS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abel. — Du diagnostic précoce du cancer de l'utérus. *Archiv. für Gyn.*, 1901. Bd. 24, H. 2., page 316.

Adenot. — Tuberculose primitive de l'utérus. *Gazette hebd.*, 1902.

Alexandre. — Chancre utérin. Société anatomique, 10 novembre 1905.

Archambault. — Tuberculose d'un adénomyome de l'utérus. *Revue de Gynécologie abdominale*, 1907, page 3.

Augies. — Sarcome de l'utérus et tumeurs à tissus multiples. *La Gynécologie*, avril 1912.

Baecker. — Etude étiologique et thérapeutique sur le cancer de l'utérus. *Archives für Gyne.*, 1897.

Baldwing. — Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. *Med. New.*, 5 mars 1909.

Baldy. — Diagnostic précoce du cancer utérin. *Amer. Jour. Of. Obst.*, vol. 44, page 222.

Beyea. — Tuberculose du col. Pathologie, diagnostic et traitement. XIII[e] Congrès de Médecine, 1900.

Bender. — Un cas de tuberculose du col de l'utérus. *Revue de Gynéco. et Chirurgie abdominale*, page 191, septembre 1911.

Binaud. — Discussion sur le diagnostic précoce. Société d'obstétrique Gynécologique et pédiatrie de Bordeaux, 1895.

Bisch (P.). — Du cancer primitif du corps de l'utérus. *Thèse Lyon*, 1891.

Boucaud. — De la coexistence des fibromes et du cancer de l'utérus. *Thèse de Bordeaux*, 1898.

Bouilly. — Diagnostic précoce du cancer utérin. *Semaine Médicale*, 1886.

Boursier. — Congrès International de Paris, 1900.

Bouilly. — Hypertrophies glandulaires localisées au col de l'utérus. XIII[e] Congrès de Médecine de Genève, 1900.

Briggs. — Diagnostic du cancer. *British. Med. Journal*, 30 octobre 1897.

Bruneau. — Etude sur les éruptions herpétiques qui se font aux organes génitaux chez la femme. *Thèse de Paris*, 1880.

Castany. — Tuberculose du col de l'utérus. *Thèse de Montpellier*, 1905.

Charrier. — Epithéliome cylindrique du corps et épithéliome pavimenteux du col simultanés. Soc. Anat., 1890, page 431.

Chaton — La tuberculose du col de l'utérus (87 observations). *Revue de Gynécologie et chirurgie abdominale*, 1908, page 947-994.

Chéron et Rubens-Duval. — Guérison d'un cancer inopérable du col de l'utérus traité par le rayonnement ultrapénétrant de Radium. Soc. Méd. des Hôpitaux, n° 28, octobre 1912.

Cornil. — Anatomie pathologique des salpingites, des métrites et des cancers de l'utérus, 1888.

Cornil. — Histologie de l'épithélioma du corps de l'utérus. *Journal des connaissances médicales*, 1889, page 34.

Cotte. — Tuberculose inflammatoire du col de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1907.

Coryllos. — Epithélioma du col utérin, sans signes cliniques diagnostiqué par la biopsie. Soc. Anat., 1909, page 321.

Cullen. — Du diagnostic précoce du cancer utérin. XIII[e] Congrès, Paris, 1900.

David (Ch.). — L'endoscopie utérine (hystérescopie). *Thèse Paris*, 1908.

David (M.). — La biopsie, son utilité en clinique. *Thèse Paris*, 1907.

Delbet. — Traité de chirurgie Duplay et Reclus.

— Sur le cancer du col utérin (Discussion). Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie, 11 mai 1908.

Delbet et Herrenschmidt. — Action du radium sur les cancers épithéliaux. Assoc. Française pour l'étude du cancer, nov. 1909.

Delval et Massard. — Deux cas de fibromes et cancers de l'utérus. Examen histologique du col. Société Anat., 1912, page 212.

Delagenière. — Chirurgie de l'utérus. Congrès de chirurgie, 1899.

Delaunay et Darre. — Diagnostic clinique des ulcérations du col. *Revue Générale. Gazette des Hôpitaux*, 1905, page 1251.

Deletrez. — Tuberculose du col de l'utérus. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1908, page 26.

Desplats. — Tuberculose du col utérin. *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, n° 10 octobre 1912.

Dickinson. — Ce que toute femme doit connaître pour s'éviter elle-même la mort par le cancer de l'utérus. *Journal of Obstétrique*. Discussion, n° 61911.

Erchia Florenzo. — Sur le cancer primitif du corps de l'utérus. *Zeit. für Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. 38, page 417.

Engelhorn. — Cancer de l'utérus chez une femme de 23 ans. *Beit. Z. Geb. u. Gyne.*, 1908, page 278.

Faure. — Congrès d'Amsterdam, 1899.

Flaischlen. — Sur le cancer primitif du corps de l'utérus. *Beitr. für Geb. u. Gyn.*, 1899, Bd. 2. H. 3. P. 351.

Ferouelle. — Chancre syphilitique du col de l'utérus. *Thèse Paris*, 1902.

Frank. — Interprétation des produits de curettage utérin. *The amer Jour. of Obs. tand Dis. of and Chil.*, n° 2, 1912.

Frankl. — Sur la nécessité de l'opération précoce dans le cancer du col utérin. *Wien. Klin. Woch.* n° 48 du 28 nov. 1912.

Frommer. – Sur la biopsie intra-utérine. *Zent. für Gyn.*, 1909, n° 39, 25 septembre.

Frye. — Diagnostic précoce. *Buffalo Med. J.*, Mars 1889.

Gauthier. — Tumeurs mixtes du col de l'utérus. *Thèse de Montpellier* 1911.

Gebhard. — Des diverses formes d'épithélioma du corps de l'utérus. *Zeit. für Geb. u. Gyn.* XXIV, I.

Gessner. — Uber den Werth und die technik des probecuret-tements. *Zeit. für Geb. u. Gyn.* XXXIV, 3, page 387.

Goldenstein. — Métrorragies d'origine syphilitiques. *Thèse Paris*, 1908.

Gorowitz M^lle. — Tuberculose génitale, *Thèse Paris*, 1900.

Gueniot. — Curettage utérin. *Paris Médical*, n° 38, 1912.

Guilloux. — Contribution à l'étude de la coexistence de la tuberculose et du cancer de l'utérus. *Thèse Paris*, 1912.

Handfield Jones. — Leçons cliniques sur le cancer du corps de l'utérus.

Hartmann. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1890, page 290. Congrès de chirurgie 1899.

Hartmann. — Données fournies par l'examen cystoscopique dans le cancer du col de l'utérus. *Paris Médical*, 1913, page 522, VII, Congrès des Gynécologie et d'Obstétrique, Lille, 1912.

Hartmann et Lecène. — Adénome diffus du col utérin simulant le cancer. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1908, page 297.

Halluin. – Cancer de l'utérus et tuberculose associée avec examen histologique, Soc. Anatomique, 1910, page 772.

Hauser. — Sur la présence fréquente de follicule lymphatique vrai dans la muqueuse du museau de tanche. *Zent. für Gyn.*, n° 4.

Herrenschmidt et Mocquot. — Sarcome diffus du col de l'utérus. *Annales de Gyné. et d'Obst.*, 1912, page 559.

Herrenschmidt et Léon. — Sarcome de l'utérus, Soc. Ana., 1907.

Hoche. — Cancer utérin à mode d'envahissement peu fréquent. Soc. Anat., 1903, page 586.

Hoemeir. — Diagnostic du cancer utérin. *Centr. für. Gyn.*, 1891.

Holzapfel. — Cancer à épithélium cylindrique du col utérin, 23 mai 1911.

Ill (Ed). — La ménopause et le cancer de l'utérus. *Médical Record*, 8 nov. 1897.

Isch Wall. — Métrite gangreneuse et villeuse. Soc. Anat., 1899, page 594.

Iven. — Chancre du col utérin. *Journal of Obs. and Gyn.*, 1908.

Jacob. — Sarcome de l'utérus. Soc. anatomique, 24 février 1905.

Jacobs. — Congrès d'Amsterdam, 1899.

Jawobski. — Hémorragies utérines d'origines syphilitiques. *Wien Klin Woch.* 1911.

Jayle. — Congrès de chirurgie, Paris, octobre 1909.

Jellett. — Adéno-carciome du col utérin. *The Dnblin J. of. Med.*, 1911, n° 477.

Kamperman. — Etude sur 212 cas de cancer de l'utérus avec considérations particulières sur le diagnostic précoce. *Journal de chirurgie*, 1912, page 849.

Kirschner. — De l'endothéliome du col de l'utérus. *Zeits. für Geb. u. Gyn.*, 1903, page 197.

Keogh. — Valeur diagnostique des curettages utérins. *Amer. Jour. of Obst.*, 1898.

Kynoch. — Tuberculose primitive du col de l'utérus. *Brit. Med. Journal*, 1903, page 562.

Labadie, Lagrave et Legueu. — Traité de Gynécologie.

Labbé (Marcel). — Biopsie de métrite cervicale. Soc. Anatomique, 1909, page 435.

Laffont. — Syphilis tertiaire de l'utérus, *Thèse de Paris*, 1908.

Lairé. — Résultats éloignés de l'hystérectomie. *Thèse Paris.*

Lance. — Diagnostic précoce du cancer utérin. *Gazette des hôpitaux*, 1910

Langenhagen. — Nécessité et possibilité d'un diagnostic précoce dans le cancer du col utérin. *Presse Médicale*, 1907, page 137.

Laroche. — La lutte contre le cancer de l'utérus. *Thèse de Lyon*, 1910.

Latteux et Proust. — Sarcome sphacélé de l'utérus Soc· Anatomique, 1909.

Lecaplain — Syphilis tertiaire du col de l'utérus. *Normandie Med.*, 1913.

Legueu. — De la pyométrie, complication du cancer du col utérin. *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1899, page 738.

Legrand. — Les métrorragies par lésion syphilitique de l'utérus. *Semaine Médicale*, 1907, page 89

Lehmann. — Contribution à l'étude du carcinome primitif de l'utérus. *Archives für Gyn.*, Bd. 63, page 439.

Leriche et Poncet. — Tuberculose inflammatoire de l'utérus. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 22, 7 juin 1910.

Loewy, Verchere, Blanc. — Métrorragie d'origine syphilitique. *Paris chirurgical*, pages 817, 827, 851 et 1021.

Lorrain et Chaton. — Tuberculose du col de l'utérus à forme hypertrophique. Soc. Anatomique, octobre 1907.

Mazet, Martin et Polosson. — Coexistence d'un cancer non ulcéré du col et d'un myome utérin. *Lyon Médical*, n° 37, 1911.

Mauclaire. — Congrès de chirurgie, 1899.

Maury. — Importance de l'exploration interne de l'utérus dans les métrorragies. *Thèse d'Alger*, 1912.

Martin. — Un cas de tuberculose hypertrophique du col utérin simulant le cancer. *Archives provisoires de chirurgie*, n° 8 de 1905.

Merklen et Jacomet. — Un cas de cancer latent du corps de l'utérus. Société Anatomique, page 180 de 1898.

Meyer. — Étude embryologique et pathologique du col utérin, janvier 1911.

Michel et Hoche. — Un cas de tumeur chondro sarcomateux du col utérin. Société de Gynécologie, 4 février 1907.

Monod (Ch.). — Épithélioma limité à la muqueuse utérine. *Bulletin de la société de chirurgie*. Paris, 1901, p. 554.

Monnier. — Polype fibreux de l'utérus chez une jeune fille de 18 ans. *Paris chirurgical*, 1910, page 412.

Morestin. — Cancer du col et grossesse de huit mois. Société Anatomique, 24 juin 1910.

Neveu. — Présentation d'un cancer primitif du corps de l'utérus. Société anatomique, décembre 1899.

Olivarès. — Essai sur l'adénome malin de l'utérus. *Thèse Paris*, 1901.

Ott. — Congrès International, Paris, 1900.

Paviot et Bérard. — Cancer de l'utérus à fibres musculaires et lisses. *Archives de médecine expérimentale*, septembre 1897.

Petit (P.). — Diagnostic précoce du cancer utérin. Société de Gynécologie et d'Obstétrique, 13 novembre 1905, 11 décembre 1905 et 1906.

Pettit (Aug.). — Diagnostic histologique des curettages utérins, Paris, 1901.

Penrose. — Note sur le cancer du fond de l'utérus. *Annales of Surgery*, 1899, vol. 29, page 741.

Pfasmestiel. — Sur les guérisons obtenues dans le cancer de l'utérus. *Centr. für Gyn.*, 1901, n° 15, page 361.

Pichevin. — Des écoulements non hémorragiques de l'utérus. *Semaine gynécologique*, 1902 et 1908.

— Conduite à tenir en cas de récidives de certaines tumeurs malignes. *Semaine gynécologique*, 1908, p. 265.

— Curettage explorateur de l'utérus et hystérectomie. *Journal de médecine de Paris*, n° 13, 30 mars 1912.

— A propos du cancer utérin. *Semaine gynécologique*, 12 mai 1907.

— Traitement des métrites chroniques du col. *Semaine gynécologique*, 12 mai 1901.

— Curettage explorateur des épithélioma de l'utérus. *Revue de gynécologie et chirurgicale abdominale*, 1902, pages 737 à 756.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

— Indication et résultats de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1902.

Polósson. — De l'exploration intra-utérine. *Progrès Médical*, 24 août 1912.

Poncet. — Diagnostic différentiel d'actinomycose et du cancer. *Académie Médicale*, 22 mars 1904.

Quénu. — Gangrène des fibromes. *Bulletin de la Sté de Chirurgie*, 15 et 22 janvier 1902.

Rasch. — Chancre simple du col utérin. *Revue de vénérologie*, 1898.

Remy (S.). — Induration et infiltration sclereuse du col utérin. *Revue Médicale de l'Est* 1896.

Reymond. — Cancer du col utérin laissé à la suite d'hystérectomie subtotale. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1909, page 117.

Reynier. — Tuberculose utérine, gomme de la face postérieure. Sté Anatomique, 14 juin 1905.

Ricard. — Rapport Congrès de chirurgie, 1899.

Richelot. — Congrès international, Paris 1900. Chirurgie de l'utérus.

Richard. — Métrites séniles. *Thèse Paris*, 1896.

Robb. — Importance de l'examen microscopique systématique des currettages utérins. *Transactions of the Americ.* Gyne. Soc., 1896.

Rossier. — La lutte contre le carcinome de l'utérus *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1905.

Rosenwasser. — Troubles post-climatériques simulant le cancer utérin. *Médic. news.*, 28 août 1897.

Roussy. — La biopsie et ses applications à la pratique médico-chirurgical. *Journal Médecine Française*, 1913.

Rouville (de). — Epithélioma du col, chez une jeune fille de 18 ans, hystérectomie abdominable, guérison. Soc. d'Obs. et de gynécologie, avril 1912.

Russell. — Métastases et rédicives post-opératoires du cancer de l'utérus. *Journal of Obst.*, 1896, vol. 34, page 85.

Rubens-Duval. — Cytologie des inflammations cutanées. *Thèse Paris*, 1908.

Schmid — Métrorragies et métrites hémorragiques. *Thèse Paris*, 1896.

Schwarts et Riche. — Traité de chirurgie (Le Dentu et Delbet).

Schwarts (Ch.). — Étude sur les chancres du col utérin, chancre simple et chancre syphilitique. *Thèse de Paris*, 1873.

Schutze. — Cancer du col d'un utérus fibromateux. 27 juillet 1911.

Schubert. — Formation kystique du col utérin. *Zeits. für Geb.*, 1911.

Santi. — Tuberculose du col de l'utérus. *La gynécologie*, 1909, mai, n° 9.

Schickele et Keller. — L'hyperplasie glandulaire de la muqueuse utérine et ses rapports avec les métrorragies. *Archives für Gyn.*, Fascicule 3, 1902.

Seringues et Lousteau. — Sur un cas d'actinomycose. *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 11, 1912.

Siredey et Petit. — Note sur deux cas de cancer utérin, diagnostiqué précoce, hystérectomie précoce, présentation de pièces. Soc. médicale des hôpitaux, n° 12, avril 1912.

— Note sur un épithélioma cylindrique intra-cervical. *Académie Médicale*, 28 février 1911.

Siredey et Lemaire. — De l'utilité d'un curettage explorateur pour le diagnostic précoce du cancer utérin. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1913, p. 280.

Souligoux. — Sarcome de l'utérus. Soc. Anatomique, 1900, page 536.

Tapie — Leucoplasie du col utérin et du vagin. *Archives médicales de Toulouse*, n° 6 de 1912.

Thibierge. — Chancre syphilitique du col de l'utérus en particulier sur sa forme ulcéreuse, sa confusion possible avec l'épithélioma utérin. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1904.

Tesson. — Le cancer primitif du corps utérin. *Thèse Paris*, 1902.

Terrier. — Congrès de chirurgie, 1899.

Terrillon. — Ulcérations du col de l'utérus. *Bulletin médical*, 1899.

Valah. — De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus. *Thèse Paris*, 1888.

Verstraete. — Coexistence des fibromes et du cancer de l'utérus. *Id.*, 1898.

Veit. — Le cancer utérin, son étiologie, diagnostic pronostic et traitement, 1901.

Vitrac. — Tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer. *Archives de médecine expérimentale*, 1898.

Walther. — Fibrome et cancer. *Bull. Sté de chirurgie*, Paris, 1902, page 54.

Wiener. — Diagnostic. *Amer. J. of obst.*, 1899, vol. 40.

Wenezel. — Un cas intéressant de chorio-épithéliome utérin, 1908, n° 7, 15 février. *Zentralblatt für Gynéc.*

Winter. — Étude sur les récidives après hystérectomie. *Zeits. für Geb. u. gyn.*, vol. 27.

Young. — Maladie tuberculeuse primitive du col de l'utérus. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1907, p. 287.

Zacharias. — Hypertrophie du col de l'utérus. Société d'Obstétrique de Leipzig, 21 mars 1904.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-propos 9

Exposé général du sujet 13

De la nécessité d'organiser la lutte systématique contre le cancer de l'utérus 20

Technique de la biopsie 31

Biopsie au niveau du museau de tanche 33

Biopsie dans le cancer du canal cervical. 41

Observations inédites . 51, 54, 57, 59, 64, 67, 71, 107, 110

Le curettage explorateur pour le diagnostic précoce du cancer du col utérin 73

Exploration intra-utérine 74

Cas dans lesquels l'examen histologique étant négatif il faut savoir passer outre 88

De la fréquence des erreurs de diagnostic lorsqu'on néglige l'examen histologique. 94

Coïncidence d'un cancer avec d'autres affections de l'utérus 95

De la fréquence des erreurs cliniques qui consistent à prendre une métrite chronique pour un cancer . . 106

Des erreurs possibles entre cancer et tuberculose . 121

Maladie tuberculeuse primitive du col de l'utérus . . 128

Association possible de cancer et de tuberculose . . 130

Des quelques erreurs cliniques possibles entre syphilis et cancer 135

Des erreurs entre chancre syphilitique du col et épithélioma. 135

Des erreurs entre syphilis tertiaire du col de l'utérus et cancer du col 139

Des erreurs entre syphilis tertiaire du corps et cancer du corps utérin 141
Des erreurs cliniques entre sarcome et cancer . . . 142
Des quelques erreurs entre cancers typiques et certaines lésions très rares 149
Col de l'utérus envahi par une production télanjiectasique 149
Hypertrophie simple du col de l'utérus simulant un cancer 151
Un cas de chorio-épithéliome utérin 151
Endothéliome du col utérin 153
Adénome kystique malin du col. 154
Conclusions 157
Bibliographie 163

TABLE DES PLANCHES

Planches
Cancer du col utérin du type pavimenteux (figure 1) (inédite). I
Cancer du col utérin du type pavimenteux (figure 2) (inédite) II
Cancer épithélial pavimenteux (inédite). III
Coïncidence de cancer et de fibrome de l'utérus (figures 1 et 2). IV
Coïncidence de cancer et de fibrome de l'utérus (figure 3). V
Métrite cervicale (inédite) VI
Métrite cervicale (figure 1) (inédite). VII
Métrite cervicale (figure 2) (inédite). VIII
Tuberculose du col de l'utérus (figures 1 à 4). . . . IX à XII
Cancer du col XIII
Métrite du col. Bord d'une ulcération XIV

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN